Когнитивная терапия для сложных случаев



Что делать, когда простые решения не работают

Джудит С. Бек

Предисловие Аарона Т. Бека

Когнитивная терапия для сложных случаев

Эта книга станет настольной для каждого психотерапевта-когнитивиста. В любой сложной ситуации с клиентом, требующей от психотерапевта нестандартного подхода, он наверняка найдет ответы в этой книге. Здесь последовательно рассматриваются сложности, возникающие на разных этапах терапии, — установление целей терапии, формирование повестки сессии, выявление автоматических мыслей и убеждений и их когнитивная реструктуризация, домашнее задание. Особое внимание уделяется работе со сложностями в терапевтических отношениях и дисфункциональным реакциям терапевта.

Эта книга будет очень полезна как для психотерапевтов, практикующих когнитивно-поведенческую терапию, так и для тех, кто делает первые шаги в этом направлении психотерапии.

В ЭТОЙ КНИГЕ

- Концептуализация сложных случаев
- Психотерапия клиентов с расстройствами личности
- Работа с дисфункциональными мыслями
- Решение проблем с домашними заданиями
- Предотвращение выгорания психотерапевтов
- Опросник личностных убеждений

Джудит С. Бек, д-р философии — президент Института когнитивной терапии Аарона Бека (`http://www.beckinstitute.org`), ассоциированный профессор клинической психологии и психиатрии в Школе медицины Университета Пенсильвании, автор ряда книг и множества статей, одна из основателей и бывший президент Академии когнитивной терапии.



www.williamspublishing.com



ISBN 978-5-907144-88-0



Когнитивная терапия для сложных случаев

ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА ПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ НЕ РАБОТАЮТ

Cognitive Therapy for Challenging Problems

WHAT TO DO WHEN THE BASICS DON'T WORK

Judith S. Beck

Foreword by Aaron T. Beck


THE GUILFORD PRESS
New York London

Когнитивная терапия для сложных случаев

Что делать, когда простые решения не работают

Джудит С. Бек

Предисловие Аарона Т. Бека



Москва · Санкт-Петербург
2020

ББК 88.4
Б42
УДК 159.9.019

Компьютерное издательство "Диалектика"

Зав. редакцией *Н.М. Макарова*

Перевод *С.В. Кравченко*

Под редакцией канд. психол. наук *Э.В. Крайникова*

По общим вопросам обращайтесь в издательство "Диалектика"
по адресам: info@dialektika.com, http://www.dialektika.com

Бек, Джудит.

Б42 Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. Пер. с англ. — СПб.: ООО "Диалектика", 2020. — 432 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-907144-88-0 (рус.)

ББК 88.4

Научно-популярное издание

Джудит С. Бек

Когнитивная терапия для сложных случаев:
что делать, когда простые решения не работают

Подписано в печать 11.12.2019. Формат 70×100/16.
Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 34,83. Уч.-изд. л. 22,1.
Тираж 400 экз. Заказ № 10687.

Отпечатано в АО "Первая Образцовая типография"
Филиал "Чеховский Печатный Двор"
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1
Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, тел. 8 (499) 270-73-59

ISBN 978-1-60918-990-7
ISBN 978-5-907144-88-0 (рус.)

Оглавление

Содержание





Моей семье

Об авторе

Джудит С. Бек, д-р философии – президент Института когнитивной терапии Аарона Бека (`http://www.beckinstitute.org`), ассоциированный профессор клинической психологии и психиатрии в Школе медицины Университета Пенсильвании. Она написала около ста статей, издала несколько книг – самостоятельно и в соавторстве (как для профессиональной, так и для широкой читательской аудитории), провела сотни презентаций по когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) на национальном и международном уровнях, принимала участие в разработке "Опросника Бека для подростков" (*Beck Youth Inventory – BYI*) и "Опросника дисфункциональных убеждений" (*Personality Belief Questionnaire – PBQ*). Д-р Бек – одна из основателей и бывший президент Академии когнитивной терапии.

Предисловие

Эта книга д-ра Джудит С. Бек является важным вкладом в литературу, посвященную когнитивной терапии сложных случаев. Благодаря собственному опыту работы и проведению супервизии для других клиницистов, д-р Бек определила типичные проблемы, препятствующие терапии и создающие сложности как психотерапевту, так и клиенту. Еще совсем недавно многие психотерапевты рассматривали эти проблемы как проявление "сопротивления", как результат "негативных реакций переноса" или "признаки пассивной агрессии". Сталкиваясь с такими трудностями, многие специалисты испытывают разочарование и разводят руками, не зная, что предпринять.

Вместо того чтобы сдаться и отступить перед этими препятствиями при проведении психотерапии, д-р Бек тщательно разобрала их на составляющие и представила в виде легко определяемых и распознаваемых проблем, имеющих четко обозначенные рамки и характеристики. Распределив проблемы по точным категориям, она предоставила нам ключ к пониманию природы их сложности. Таким образом д-р Бек, опираясь на свой обширный опыт, разработала подход для преодоления трудностей, которые в целом можно разделить на два типа: 1) концептуализация проблемы в контексте истории развития клиента, его глубинных убеждений и предположений, а также дисфункциональных мыслей и моделей поведения; 2) разработка соответствующих стратегий и методов разрешения терапевтических проблем. Поскольку каждая проблема уникальна, психотерапевтам необходимо адаптировать предложенные терапевтические стратегии к каждому клиническому случаю и постараться сделать это так же искусно, как изложено в данной книге.

Бремя, которое легло на психотерапевта сегодня, не всегда было таким тяжелым. В начале эры развития когнитивной терапии мы могли просто сосредоточиться на проблемах клиента "здесь и сейчас" и применить соответствующие методы для их решения. При депрессии проводилась поведенческая активация клиента с помощью графика

активности, осуществлялась запись его дисфункциональных мыслей, клиент активно вовлекался в практическое решение проблем. Курс психотерапии при депрессии (или тревожном расстройстве) составлял в среднем десять сессий, и еще одну мы назначали исключительно для предотвращения рецидивов (*Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977*). Однако с течением времени количество сессий для клиентов с сопутствующими расстройствами или для тех, у кого имелись сложные или хронические проблемы (о них рассказывается в этой книге), возросло до 15, 20, 25, а иногда даже больше.

В дополнение к депрессии, тревожному или паническому расстройству у клиентов стали диагностировать расстройство личности. На сегодняшний день клиент, который обращается за помощью в Институт когнитивной терапии Бека, принимает минимум два психотропных препарата, и в его анамнезе указан ограниченный эффект от медикаментозного лечения или отсутствие изменений после прохождения курса психотерапии. В основе этой относительной "неподатливости" психотерапии лежит широкое разнообразие возможных проблем, которые столь мастерски проиллюстрированы д-ром Бек в этой книге.

"Но куда же исчезли все «легкие» клинические случаи?" — спросите вы. Мы тоже поломали голову над этим вопросом. Наша догадка заключается в том, что большинство клиентов довольно хорошо поддаются лечению еще на его начальном этапе, когда назначения делаются обычным психотерапевтом или психофармакологом. В конечном итоге клиентов, плохо откликающихся на традиционную психотерапию, можно направить к специалистам когнитивной терапии, что на сегодня представляет собой вторичный или даже третичный уровень медицинской помощи. Согласно новой концепции д-ра Бек, проблемы клиентов этой группы представляют для психотерапевта скорее новый вызов, чем тяжкое бремя. И д-р Бек блестяще показывает нам, как психотерапевт способен справиться с этим вызовом, одновременно облегчая это бремя.

Конечно, это предисловие нельзя завершить без признания моего особого отношения к д-ру Джудит Бек. Как всем известно, с самого рождения она живет в атмосфере когнитивной терапии. К тому времени, когда она достигла подросткового возраста, у меня уже имелись результаты моей теоретической и практической работы в когнитивной терапии, но еще не было почти никого, на ком бы я мог проверить свои идеи. Поэтому я проверял их на моей дочери-подростке, которая заверяла меня: "Они определенно имеют смысл, папа". Я не прилагал никаких усилий, чтобы побудить ее следовать по моим стопам.

После колледжа она успешно трудилась в сфере специализированной педагогики. Однако, как я полагаю, когнитивная терапия действительно "имеет смысл", поскольку дочь решила изменить свою карьеру и посвятить себя клинической психологии, специализируясь на когнитивной терапии. Я испытываю особое чувство гордости за вышедшую из-под ее пера *Когнитивную терапию: полное руководство*[1], которая в основном предназначалась для начинающих психотерапевтов, а также за данное издание, предназначенное для более опытных специалистов. Я уверен, что обе эти работы будут полезны и психотерапевтам, и клиентам.

Аарон Т. Бек

Литература

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17–37.

Предисловие к русскому изданию

Книга Джудит Бек *Когнитивная терапия трудных случаев* — важный этап развития когнитивно-поведенческой терапии в России.

Развитие КПТ в России началось с обучения А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян в Институте Бека в Филадельфии, что привело к основанию ими отечественной школы КПТ. В последние годы КПТ в России бурно развивается, созданы три ассоциации, одна из которых — Ассоциация когнитивно-бихевиоральных терапевтов — стала полноправным членом Европейской ассоциации КБТ. Сегодня существует множество учебных программ для пациентов с самыми разными психическими расстройствами и психологическими проблемами.

Но количество переведенных книг по КБТ по-прежнему невелико. В основном переведены базовые учебники и руководства для клиентов, но чувствуется нехватка более специализированной литературы. И данная книга заполняет очень важный пробел для специалистов, которые хотят развиваться в этом направлении.

Книга посвящена преодолению различных трудностей, которые возникают в процессе психотерапии. В главе 1 описаны сложности, возникающие в терапевтических отношениях, многие из которых связаны с наличием у клиентов различных расстройств личности.

[1] В переводе на русский язык книга вышла в 2004 году в издательстве "Вильямс". — *Примеч. ред.*

Дальше в книге последовательно рассматриваются сложности, возникающие на разных этапах терапии — установление целей, формирование повестки сессии, выявление автоматических мыслей и убеждений и их когнитивная реструктуризация, домашнее задание. Очень важно, что преодоление разного рода сложностей описывается не просто как набор отдельных рекомендаций, а возникающие трудности рассматриваются, в первую очередь, с точки зрения когнитивной концептуализации клиента. Не менее важное значение в книге придается автоматическим мыслям и убеждениям терапевта, влияющим на процесс.

Разнообразие современных подходов так называемой "третьей волны" КПТ привело к интересной ситуации. Начинающие специалисты в области КПТ стали часто сталкиваться с проблемой, которую можно назвать бездумной или пустой эклектикой, по определению Стивена Хайса, основателя терапии принятия и ответственности. Нередко при возникновении сложностей в ходе терапии возникает соблазн перепробовать различные методы — например, если не получается когнитивная реструктуризация автоматических мыслей, немедленно использовать методы осознанности или начать работать с воображением, чтобы найти причину в детских травматических переживаниях. Такой подход может привести к дезориентации как клиентов, так и терапевтов. И те, и другие начинают воспринимать терапию как набор отдельных методик и перестают понимать когнитивную концептуализацию. Книга Джудит Бек помогает исправить ситуацию и вернуть терапию на путь использования концептуализации, что, конечно, не исключает использования дополнительных методов там, где это необходимо.

Я уверен, что книга Джудит Бек станет настольной для всех практикующих специалистов.

Яков Анатольевич Кочетков,
директор Центра когнитивной терапии,
председатель Ассоциации
когнитивно-бихевиоральных терапевтов

Несколько слов от редактора русского перевода

В данной книге мы решили не отказываться от термина *"трудный" клиент* — в целях краткости и экономичности изложения. Под "трудным" мы подразумеваем клиента, требующего от психотерапевта поиска нестандартного решения, выхода за рамки привычных стратегий, дополнительных исследований, преодоления собственных стереотипов — одним словом, всего того, что требуется от профессионала в *сложном случае.*

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или оставляя сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой электронный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: `info@dialektika.com`

WWW: `http://www.dialektika.com`

Благодарности

Мне посчастливилось, что Аарон Бек является моим отцом, наставником и учителем. Несомненно, я не написала бы эту книгу, если бы не его революционная когнитивная терапия. Чтение его работ, совместное обсуждение исследований, изучение теории и практики, наблюдение за процессом его терапевтической и преподавательской деятельности, участие в анализе клинических случаев — все это способствовало моему становлению в качестве практикующего психотерапевта и преподавателя. Я глубоко признательна отцу — как и бесчисленное множество специалистов в области психического здоровья и их клиентов.

Многие другие люди также сыграли важную роль в создании этой книги. Прежде всего, это мои первые наставники, болельщики и те, кто предоставлял мне обратную связь: моя мать, Филлис Бек; моя подруга, коллега и моя правая рука, Наоми Данк, и мой муж, Ричард Бусис. Я также признательна моим детям, Саре, Дебби и Сэму, которые успели вырасти за те годы, пока я писала эту книгу; они не представляют, как многому я научилась у них. Я благодарна моим коллегам из Института Бека — Эндрю Батлеру, Норману Коттереллу, Лесли Соколу и Крису Рейли. Совместное обсуждение клинических случаев в течение последних 10 лет отточило мое мышление и расширило мой кругозор. Моя коллега, Кори Ньюман, как и моя чрезвычайно терпеливая, добрая и отзывчивая редактор и друг, Китти Мур из *Guilford Press*, внесли много ценных предложений, существенно обогативших этот труд. Я также благодарна моим клиентам, супервизорам, студентам и бесчисленным участникам семинаров, которые предоставили мне примеры сложных случаев.

Глава 1

Выявление терапевтических проблем

Работая над книгой *Когнитивная психотерапия: полное руководство*, я понимала, что "стандартный" текст по когнитивной терапии не сможет охватить все разнообразие трудностей, которые представляют многие клиенты в процессе терапии. У одних клиентов, например, не наблюдается прогресса в улучшении их состояния при применении традиционных терапевтических стратегий. К другим клиентам, как иногда может показаться, неприменимы стандартные терапевтические техники. Третьи клиенты ведут себя так, будто не желают участвовать в лечении. Четвертые, похоже, крепко держатся за свои укоренившиеся искаженные убеждения о себе, людях и окружающем мире. Для всех этих клиентов лечение должно быть разным. Но как психотерапевту понять, когда и как следует изменить лечение?

Когда опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложными случаями (т.е. с клиентами, требующими от психотерапевта нестандартного подхода; на страницах книги мы будем для краткости называть их "трудными"), подчас создается впечатление, будто они интуитивно понимают, что нужно делать. После многочисленных просьб о написании книги, которая освещала бы стоящие за такими клиентами проблемы, я стала внимательнее наблюдать за решениями, которые принимаю во время терапевтической сессии. То, что может показаться интуитивным процессом принятия решений, на самом деле основано на непрерывно развивающейся концептуализации случаев клиентов, их диагнозов и

опыта прохождения психотерапии. Мне очень повезло: помимо результатов наблюдения за собственной работой, у меня была возможность наблюдать и тщательно анализировать терапевтическую работу моего отца, Аарона Т. Бека, д-ра медицины, а также следить за работой моих коллег и супервизоров.

В этой книге предлагается обзор того, что я освоила уже после публикации книги *Когнитивная психотерапия: полное руководство.* В предыдущей книге были представлены пошаговые методы применения когнитивной терапии для клиентов, представлявших простые случаи депрессии и тревоги, и это стало важной подготовкой к настоящему руководству, цель которого — помочь психотерапевтам выбрать стратегию, когда стандартные терапевтические стратегии неэффективны.

Большинство сложных причин объясняются трудностями, с которыми сталкиваются клиенты во время терапевтического процесса. Некоторые проблемы находятся вне контроля психотерапевта, например клиент не имеет финансовой возможности регулярно его посещать или его окружение настолько стрессогенно, что психотерапия не приносит сколько-нибудь значимой пользы. Но большинство проблем все-таки подлежат терапевтическому контролю — во всяком случае, частично. Сложности могут возникать из-за искаженных убеждений клиентов (например, "Если мое состояние улучшится, то моя жизнь ухудшится") или по причине терапевтической ошибки (например, применяя стандартную методику лечения при депрессии, когда клиент на самом деле страдает от другого расстройства).

Во время сотен семинаров, проведенных мною за прошлое десятилетие, я обращалась к специалистам по психическому здоровью с просьбой описать конкретные проблемы, с которыми они сталкиваются в работе с клиентами. Я пришла к двум важным выводам. Во-первых, многие клиницисты склонны описывать трудности слишком общими терминами, которые не в состоянии четко определить проблему; к этой категории относится, в частности, утверждение о том, что клиент "резистентен". Во-вторых, когда психотерапевты все-таки конкретизируют проблемы, они, как правило, снова и снова обозначают одни и те же виды трудностей: клиент не выполняет домашние задания, клиент враждебно настроен по отношению к терапевту, клиент между сессиями проявляет саморазрушающее поведение и т.д. Я обнаружила, что многим психотерапевтам нужно научиться описывать трудности с помощью поведенческих терминов в рамках когнитивной терапии, а также обучиться разработке стратегий, основанных на точной концеп-

туализации применительно к каждому отдельному клиенту. Эта книга учит психотерапевта:

- конкретизировать проблему (и определять степень ответственности психотерапевта за ее решение);
- концептуализировать индивидуальные особенности клиентов, в том числе расстройства по оси II[2];
- справляться с проблемными реакциями клиентов на психотерапевтов и психотерапевтов на клиентов;
- устанавливать цели, структурировать сессии, находить способы решения проблем и добиваться успешного выполнения домашних заданий (включая изменения поведения) при работе с "трудными" клиентами;
- выявлять и изменять укоренившиеся дисфункциональные когниции (автоматические мысли, образы, предположения и глубинные убеждения).

В приложении А приводится список возможностей для продолжения профессионального роста и развития когнитивного терапевта. В любом случае практическое обучение и супервизия попросту незаменимы.

Конкретизация проблем

Даже самые опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложностями при работе с некоторыми клиентами. У них может даже возникнуть искушение обвинить клиентов в преднамеренном создании проблем и приписать их отношение и дисфункциональное поведение проявлению недостатков характера. Однако вам не удастся извлечь какую-либо пользу для психотерапии, если вы будете описывать проблему в общих чертах, называя клиента "сопротивляющимся", "немотивированным", "ленивым", "фрустрирующим", "манипулятивным" или "застревающим". Такие общие характеристики, как "клиент не проявляет желания участвовать в терапии" или "клиент ожидает, что я сделаю всю работу вместо него", тоже слишком расплывчаты, чтобы быть полезными для планирования терапевтической стратегии. Более продуктивным будет *конкретизировать поведение*, препятствующее терапии и принятию позиции, ориентированной на решение проблем.

[2] Ось II в классификации DSM-V включает отклонения в развитии личности и личностные нарушения. — *Примеч. ред.*

Психотерапевты смогут точно определить, в чем заключается сложность, задав себе такой вопрос:

- **“Является ли проблемой то, что говорит или делает клиент (или не говорит или не делает) во время терапевтических сессий и между ними?”**

Вот типичные примеры проблемного поведения, которые проявляют некоторые клиенты *в ходе* терапевтической сессии. Они, например:

- настаивают на том, что они не могут измениться или что терапия не может им помочь;
- не устанавливают целей и не участвуют в повестке дня;
- жалуются, отрицают свои проблемы или обвиняют в них окружающих;
- представляют слишком много проблем или переключаются с одной проблемы на другую;
- отказываются отвечать на вопросы или ходят вокруг да около;
- опаздывают или пропускают сессии;
- требуют исключительных прав;
- злятся, расстраиваются, не реагируют или излишне критичны;
- не способны или не хотят менять свои когниции;
- невнимательны или постоянно прерывают психотерапевта;
- обманывают или избегают раскрытия важной информации.

Многие клиенты проявляют дисфункциональное поведение и *между* сессиями:

- не выполняют домашние задания;
- не принимают назначенные медикаменты;
- употребляют алкоголь или другие психоактивные вещества;
- в кризисные моменты постоянно звонят психотерапевту;
- демонстрируют саморазрушающее поведение;
- занимаются членовредительством в отношении окружающих.

Суицидальные попытки требуют немедленной кризисной интервенции и диагностики в отделении экстренной помощи (эта тема выходит за рамки книги).

Клинический случай

Андреа, клиентка с биполярным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством и пограничным расстройством личности, недавно была выписана из стационара после попытки суицида. Она начала проходить психотерапию в условиях дневного стационара. С самого начала Андреа не доверяет своему психотерапевту и проявляет повышенную настороженность. Она сдержанна, не хочет определять цели и все время твердит, что терапия ей все равно не поможет. Андреа часто обижается на своего психотерапевта, приписывая той негативные мотивы и обвиняя в своем дистрессе. Она отказывается выполнять домашние задания и принимать лекарства, назначенные психиатром.

Чтобы определить, как лучше всего лечить “трудных” клиентов, таких как Андреа, важно определить, связаны ли трудности в психотерапии со следующими факторами:

- патология клиента;
- терапевтическая ошибка;
- *внутренние* факторы лечения (вид медицинской помощи, формат терапии и частота сессий);
- *внешние* факторы лечения (наличие органического заболевания, токсичность среды клиента или необходимость дополнительного лечения).

Многие проблемы, описанные в этой книге, связаны с первым фактором: патология клиента. В сложных случаях у клиентов часто наблюдаются устойчивые проблемы во взаимоотношениях с людьми, сложности на работе и в управлении своей жизнью. Обычно такие клиенты имеют крайне негативные мысли о себе и о других и им в целом присуще негативное мировоззрение, сформировавшееся у них в детстве или подростковом возрасте и которого они придерживаются и сейчас. Когда эти убеждения управляют их восприятием, клиенты склонны к крайне дисфункциональному восприятию, ощущениям и поведению — независимо от времени и ситуации, в том числе во время терапевтической сессии. Для психотерапевтов важно заметить активизацию этих убеждений и определить, когда и как необходимо скорректировать терапию в ответ на них. Сложность в работе с клиентами также может возникать вследствие характера их расстройства, например по причине эго-синтонности анорексии или биполярного расстройства из-за биологического влияния на смену настроения. Таким клиентам также необходимо специализированное лечение.

Однако другие проблемы возникают из-за ошибок в самом лечении, когда психотерапевты не придерживаются соответствующим образом терапевтических стандартов. А некоторые проблемы являются результатом сочетания обоих видов проблем. Таким образом, прежде чем выяснить, с чем связаны возникшие сложности (с патологией клиента или с терапевтической ошибкой), необходимо конкретизировать проблему, оценить ее масштабность и частоту возникновения, а также учесть, какие другие факторы могут быть задействованы в терапевтическом процессе. В остальной части этой главы описывается, как:

- определять степень сложности проблемы или проблем;
- учитывать внешние факторы терапевтической сессии;
- распознавать терапевтические ошибки;
- выявлять дисфункциональные убеждения клиентов;
- различать терапевтические ошибки и дисфункциональные убеждения клиентов.

В заключительном разделе будет описано, какие меры предпринимать в первую очередь, чтобы избежать терапевтических проблем.

Определение степени сложности проблемы

Прежде чем принимать решение, что делать дальше, следует проанализировать проблемы, которые возникают в терапевтическом процессе, для определения степени их сложности и частоты возникновения. Психотерапевты должны задать себе следующие вопросы.

- "Это проблема, которая возникает ненадолго в ходе одной сессии?"
- "Это проблема, которая проявляется на протяжении всей сессии?"
- "Или проблема возникает на многих сессиях?"

Проблемы средней степени сложности необязательно требуют незамедлительного разрешения, по крайней мере изначально. Джордж, ученик средней школы, гримасничал и закатывал глаза в начале первых двух терапевтических сессий. Психотерапевт не придала особого значения поведению Джорджа. Вместо этого она позаботилась о том, чтобы выразить достаточно эмпатическое отношение к нему и, таким образом, показать ему, что она не собирается, как другие взрослые, контролировать его жизнь. Она также помогла ему установить цели, кото-

рые именно *он* хотел достичь, а не которые кто-то наметил для него. К середине второй сессии Джордж осознал, что его психотерапевт может много в чем ему помочь, и его негативные реакции прекратились.

Некоторые проблемы довольно специфичны и изолированы, и тогда применяют элементарное решение проблемы. Джерри раздражался, когда психотерапевт просил его еженедельно заполнять контрольные перечни симптомов. Вместе с психотерапевтом они достигли компромисса, договорившись, что вместо этого Джерри будет оценивать свое настроение по 10-балльной шкале. Холли нужна была помощь в решении того, как обеспечить уход за ее маленькими детьми во время ее отсутствия, чтобы она могла регулярно посещать сессии и приходить вовремя.

Другие проблемы более комплексны и могут потребовать различных способов решения. Когда психотерапевт попытался помочь Тони оценить ригидные убеждения, клиентка не смогла посмотреть на ситуацию с другой стороны. Ее психотерапевт просто сказал: "Похоже, что это (обсуждение) не очень продуктивно в данный момент. Как насчет того, чтобы пойти дальше (к следующей проблеме повестки дня)?" Боб выглядел расстроенным, когда психотерапевт прервал его в третий раз. Убедившись, что его дистресс действительно связан с этим, психотерапевт извинился и предложил Бобу говорить непрерывно в течение следующих 5–10 минут. В обоих случаях изменение терапевтического плана помогло решить возникшую проблему.

Иногда проблема связана с терапевтической сессией в целом. Люси чувствовала себя хуже к концу сессии, чем когда она только входила в кабинет. Психотерапевт верно объяснил причину дистресса продолжающейся активацией ее глубинных убеждений о своей никчемности. Они договорились выделять последние несколько минут каждой сессии для беседы об одном из интересов Люси (фильмы) для того, чтобы Люси могла заканчивать сессию в состоянии меньшего дистресса. Маргарет выглядела болезненно восприимчивой в первой части терапевтической сессии. В ответ на жалобу клиентки о недостатке сочувствия психотерапевт предложила ей выражать свои чувства более полно, в то время как она (терапевт) будет внимательно слушать и воздерживаться от решения проблемы почти до конца сессии. И опять же, эти трудности были быстро устранены.

Продолжающаяся проблема, которая переходит из сессии к сессии, обычно требует больше времени для обсуждений и поиска путей разрешения, чтобы клиент не прекращал терапию и его состояние улучшалось. Дин постоянно раздражался на своего психотерапевта, полагая, что она пытается его контролировать или оказывать на него давление.

Его психотерапевту понадобилось больше времени и сил для создания доверительной атмосферы, чтобы помочь ему выявить дисфункциональные мысли о ней и научить его более адаптивно на них реагировать; это привело Дина к пониманию проблем в их терапевтических отношениях, вследствие чего он лучше смог отслеживать свои ежедневные проблемы за пределами терапии.

Большинство терапевтических трудностей устраняются путем решения возникших проблем, а также в результате изменений когниций клиентов или смены стратегии поведения психотерапевта. Когда трудности все-таки остаются, важно оценить различные факторы, которые могут препятствовать терапии, о чем написано ниже.

Учет внешних факторов, влияющих на терапевтическую сессию

В то время как одни текущие проблемы относятся к процессу и содержанию терапевтической сессии, другие оказывают свое влияние извне. Ключевые моменты, которые будут рассмотрены ниже, можно представить в виде контрольного перечня.

- **Правильно ли подобрана "доза" психотерапии?**
  - Клиенту рекомендуется посещать больше сессий? Меньше?
  - Клиенту рекомендуется амбулаторное лечение, дневной стационар или полная госпитализация?
- **Правильно ли подобрано медикаментозное лечение?**
  - Если клиент не принимает лекарственные препараты, следует ли их назначить?
  - Если клиент принимает лекарственные препараты, совместимы ли они?
  - Выражены ли побочные эффекты?
- **Имеет ли клиент недиагностированную органическую проблему?**
  - Следует ли направить клиента на медицинский осмотр?
- **Подходящий ли формат психотерапии?**
  - Клиенту рекомендуется индивидуальная терапия?
  - Групповая терапия?
  - Терапия пар?
  - Семейная терапия?

- **Нуждается ли клиент в дополнительном лечении?**
  - Следует ли перенаправить клиента к психофармакологу?
  - Духовному наставнику?
  - Диетологу?
  - Консультанту по вопросам карьеры?
- **Может ли текущее окружение или рабочая среда клиента влиять на терапевтический процесс?**
  - Стоит ли клиенту временно изменить место проживания?
  - Рекомендуется ли клиенту что-то изменить в своей работе?
  - Найти другую работу?

Объем и вид медицинской помощи, формат лечения и дополнительное лечение

Иногда клиентам не удается достичь достаточного прогресса в улучшении их состояния из-за неподходящего ***объема*** терапии. Клаудиа, клиентка с обширной клинической картиной, ощутила значительное улучшение своего состояния после того, как психотерапевт побудил ее посещать терапию еженедельно, а не раз в две недели. Дженис, у которой в последнее время значительно ослабли симптомы тревожного расстройства, потребовалось посещать психотерапию менее часто, чтобы иметь возможность применять навыки, которые она освоила, и практиковать их самостоятельно, а не полагаться так часто на своего психотерапевта.

Клиентам может не подходить вид медицинской помощи. Ларри, безработный клиент с быстроциклическим биполярным расстройством и частыми суицидальными мыслями, проходил амбулаторное лечение, но его состояние периодически ухудшалось, и поэтому время от времени он нуждался в дневном стационаре. Кэрол было рекомендовано пребывание в стационарном реабилитационном центре для избавления от наркотической зависимости, прежде чем ее успешно перевели на лечение в условиях дневного стационара.

Для некоторых клиентов может быть подобран неправильный ***формат*** терапии. Рассел, клиент с депрессией и значительной патологией по оси II, "продвинулся" в терапии быстрее после того как согласился сменить индивидуальную психотерапию на групповую. Он увидел, что переживания людей из его группы похожи на его собственные, и

поэтому они заслуживали его доверия; таким образом, ему легче удавалось оценивать свои мысли и менять дисфункциональное поведение. Элейн, у которой были депрессия средней степени и тревога, наряду с пограничными чертами прошла несколько сессий индивидуальной психотерапии. Ее состояние стало улучшаться значительно быстрее, после того как к психотерапии присоединился ее парень. У Лизы, подростка с оппозиционным расстройством личности, не наблюдалось особых изменений, пока она посещала только индивидуальную психотерапию. При этом Лиза отличалась склонностью обвинять других и отказывалась брать ответственность за свои проблемы. Но когда ее психотерапевт стал чередовать индивидуальные сессии с семейной терапией, состояние Лизы начало улучшаться.

Иногда у психотерапевтов нет специальных навыков, которые необходимы для максимально эффективного лечения, в таком случае следует добавить ***специализированное лечение***. Некоторым клиентам существенно помогает привлечение духовных наставников, диетологов и консультантов по вопросам карьеры. Многим клиентам помогает участие в таких группах, как “Анонимные алкоголики”, или других группах самопомощи.

Биологические интервенции

У многих клиентов, особенно у тех, кто принимает медикаменты в течение определенного периода времени, после ***консультации фармакотерапевта*** наблюдается улучшение состояния в связи с уменьшением дозировки или замены лекарственного препарата. Джо, глубоко депрессивный клиент, испытывал значительные проблемы со сном. Медикаментозное лечение облегчило его проблему и позволило ему достичь большего прогресса в психотерапии. Шеннон, клиентка с паническим расстройством, принимала высокую дозу бензодиазапенов для уменьшения симптомов тревоги. Она не могла полностью поверить в то, что эти симптомы не опасны, пока не снизила суточную дозу. У Нэнси были седативные побочные эффекты от антипсихотических препаратов, что мешало ей оставаться сосредоточенной на сессиях (и во время выполнения домашних заданий), пока ей не подобрали другое лекарство.

Также клиенты могут иметь ***недиагностированные медицинские проблемы***, на которые следует обратить внимание. Если клиент не проходил в последнее время медицинский осмотр, то психотерапевт должен его порекомендовать. Марк проявлял тревогу и раздражительность, значи-

тельно потерял в весе, был эмоционально лабилен и имел проблемы с концентрацией внимания. К счастью, психотерапевт направил его к врачу первичной медицинской помощи, который по анализу крови определил, что вместо депрессии у Марка гипертиреоз. Александра также, казалось, страдала от депрессии. У нее отмечалась потеря интереса почти во всех сферах ее деятельности, понизилась физическая и умственная активность, она не могла спать и набрала вес. Как только врач диагностировал у нее гипотиреоз и назначил соответствующее лечение, ее симптомы уменьшились.

Другие клиенты могут проявлять симптомы, которые выглядят, как признаки определенных психических расстройств, но на самом деле являются следствием эндокринных расстройств, опухоли головного мозга, травмы головного мозга, эпилепсии, инфекций центральной нервной системы, нарушения обмена веществ или нехватки витаминов, а также результатом дегенеративных деменций, цереброваскулярных или других заболеваний (для более детальной информации по этой теме см. *Asaad, 1995*).

Изменение окружающей среды

Иногда окружение клиента настолько вредно, что терапевтическая интервенция должна сочетаться с изменением окружающей среды. Ребекка, тяжело депрессивный подросток с расстройством пищевого поведения, жила с матерью и тремя братьями и сестрами. В доме царил хаос; мать страдала от алкогольной зависимости и подвергала дочь эмоциональному насилию, а сожитель матери избивал девочку. Ребекке никак не удавалось значительно продвинуться в решении своих проблем, пока психотерапевт не настоял на ее переезде к тете. Кен, клиент с быстроциклическим биполярным расстройством, которые он мог контролировать лишь частично, ежедневно испытывал огромные трудности на работе, которая была ему не по силам в периоды обострения его симптоматики. Он становился все более и более тревожным, подавленным и суицидальным. Только когда он устроился на менее сложную работу, он смог прогрессировать в психотерапии.

Когда клиенты сопротивляются изменениям или просто неподатливы, важно определить, не воздействие ли это внешних факторов, которые мы обозначили выше. Решение таких трудностей, а также выявление терапевтических ошибок или дисфункциональных убеждений клиентов, могут быть предельно важными для улучшения состояния клиентов.

Терапевтическая ошибка или дисфункциональные убеждения клиента

Многие проблемы, которые возникли во время сессий или между ними, связаны с терапевтическими ошибками, дисфункциональными когнициями клиента или их сочетанием.

Является ли проблема результатом терапевтической ошибки

Даже опытные психотерапевты по неосторожности допускают ошибки. В этой книге описаны следующие типичные промахи.

- Ошибочный диагноз (например, неправильно диагностированное паническое расстройство вместо простой фобии).
- Неправильное формулирование или концептуализация случая (например, ошибочное определение того, что тревога, а не депрессия, является первичной для конкретного клиента, или неправильное выявление глубинных убеждений клиента).
- Неприменение формулирования случая и концептуализации клиента к определению вектóра терапии (например, сосредоточение на проблемах или когнициях, которые не являются ведущими в процессе выздоровления клиента).
- Несоответствие терапевтического плана (например, применение терапевтических принципов, рекомендованных при генерализованном тревожном расстройстве, для клиента с обсессивно-компульсивным расстройством).
- Разлад в терапевтическом альянсе (например, психотерапевт не признает, что клиент слишком фрустрируется во время терапевтической сессии).
- Нереалистичный список установленных поведенческих целей (например, цели клиента слишком общие).
- Неподходящая структура сессии или темп (например, психотерапевт редко прерывает клиента, чтобы сосредоточиться на более важной проблеме).
- Неверный выбор решений текущих проблем (например, психотерапевт изначально сосредоточивается на травме детства депрессивной клиентки вместо того, что помочь ей стать более эффективной в повседневной жизни).

- Неправильное применение терапевтических техник (например, разработка иерархии экспозиции, в которой первые несколько шагов слишком сложны для клиента).
- Неподходящее домашнее задание (например, психотерапевт предлагает домашнее задание, которое клиент вряд ли сможет выполнить).
- Результаты терапевтической сессии не сохраняются в памяти клиента (например, психотерапевт не записывает для клиента ключевые моменты сессии на бумаге или диктофоне).

Часто психотерапевтам сложно выявить свои ошибки. Прослушивание аудиозаписи терапевтической сессии самостоятельно или с коллегами порой помогает выявить вышеуказанные виды терапевтических ошибок, особенно если при этом слушатель использует "Шкалу оценки когнитивной терапии" (*Young & Beck, 1980*). Эта шкала доступна на сайте www.academyofct.org вместе с руководством, которое применяется для оценки компетентности когнитивного терапевта в 11 сферах. Однако самостоятельное прослушивание аудиозаписи часто бывает недостаточным; тогда необходим тщательный анализ случая с коллегой или супервизором.

Относится ли проблема к дисфункциональным убеждениям клиента

О том, как выявить убеждения, которые могут лежать в основе проблем клиента в процессе психотерапии, более подробно речь пойдет в следующих двух главах. Если коротко, вначале необходимо формулировать гипотезы, а затем проверять их вместе с клиентом. Для того чтобы это сделать, психотерапевт может представить себя на месте клиента и задать себе два вопроса.

- **"Если я веду себя дисфункциональным образом, то что хорошего происходит?"**
- **"Если я не буду вести себя дисфункциональным образом, то что плохого может произойти?"**

Андреа, клиентка, о которой я рассказывала в начале этой главы, часто обвиняла других в своих проблемах. У нее были такие убеждения.

- "Если я буду обвинять других, мне не придется меняться. Но если я признаю, что я причастна к своим проблемам, мне будет плохо, другие окажутся ни при чем, а мне придется взять ответственность за свои изменения, чего я не смогу сделать в любом случае".

Андреа крайне осторожно высказывалась на сессиях из-за следующих убеждений.

- "Если я буду избегать ответов на прямые вопросы (моего психотерапевта) или менять тему разговора, со мной будет все в порядке. Но если я откроюсь (моему психотерапевту), я буду чувствовать себя незащищенной и уязвимой, а она осудит меня и отвергнет".

Третий вид убеждений объясняет постоянную рационализацию Андреа, оправдывающую отсутствие каких-либо изменений в ее поведении. В основе ее регулярного невыполнения домашних заданий скрывались следующие убеждения.

- "Если я буду сохранять статус-кво, мне не будет еще хуже. Но если я попытаюсь улучшить свою жизнь, она станет только хуже".

Понимание убеждений, которых придерживаются клиенты, часто помогает объяснить причины их дисфункционального поведения. Зачастую необходимы проверка этих убеждений и их изменение, прежде чем у клиентов возникнет желание измениться.

Различия между проблемами, связанными с терапевтической ошибкой, и дисфункциональными когнициями клиентов

Иногда источник проблемы не так очевиден. Ниже приведены некоторые типичные сложности, которые возникают при работе с "трудными" клиентами, а также примеры терапевтических ошибок и дисфункциональных мыслей и убеждений клиентов.

Клиент не принимает участия в повестке дня.

- Терапевтическая ошибка: психотерапевт не попросил клиентку (как часть домашнего задания) подумать о том, в решении каких проблем ей больше всего нужна помощь.
- Когниция клиента: "Это бесполезно обсуждать, так как мои проблемы неразрешимы".

- **Клиент расстраивается, когда психотерапевт его прерывает.**
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком часто или неожиданно прерывает клиента, что, соответственно, создает для него дискомфорт.
  - Когниция клиента: "Мой психотерапевт прерывает меня, потому что он хочет меня контролировать".
- **Клиент упорно противостоит мнению психотерапевта.**
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком настойчиво выражает свое мнение или заявляет о нем слишком рано для данного этапа терапии, или его взгляды ошибочны.
  - Когниция клиента: "Если я соглашусь с точкой зрения моего психотерапевта, это будет означать, что он победил, а я проиграл".
- **Клиент жалуется на проблемы, вместо того чтобы сотрудничать с психотерапевтом в процессе их решения.**
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт недостаточно вовлек клиента в терапию или не направляет его в продуктивное русло решения проблем.
  - Когниция клиента: "Мне не нужно меняться".
- **Клиент невнимателен.**
  - Терапевтическая ошибка: в процессе работы психотерапевт не учел особенности клиентов с дефицитом внимания и тех, кто испытывает значительный дистресс.
  - Когниция клиента: "Если я буду слушать своего психотерапевта, я расстроюсь".

Как избежать проблем в терапии

Психотерапевты могут свести к минимуму возникновение проблем при условии, что они будут придерживаться основных принципов когнитивной терапии (более подробное описание приведено в *J. Beck, 1995*).

1. Точная диагностика и формулирование случая.
2. Концептуализация случая клиента в когнитивных терминах.
3. Применение когнитивного формулирования и индивидуальной концептуализации для разработки терапевтического плана в ходе сессий и между ними.

4. Построение надежного терапевтического альянса.
5. Установление конкретных поведенческих целей.
6. Применение основных стратегий.
7. Использование передовых стратегий и методов.
8. Оценка эффективности интервенций и терапии в целом.

Эти составляющие кратко приведены ниже и описаны во всех главах книги.

Диагностика и формулирование

Так как направленность лечения в когнитивной терапии может существенно различаться в зависимости от расстройства, важно провести тщательную клиническую оценку состояния клиента, которая позволит иметь точный диагноз. Например, лечение посттравматического стрессового расстройства будет значительно отличаться от лечения генерализованного тревожного расстройства.

Также очень важно правильно сформулировать клинический случай. Например, в лечении панического расстройства наиболее важными когнициями клиента будут катастрофически неверные интерпретации его симптомов (*Clark & Ehlers, 1993*). В депрессии основной мишенью психотерапии будут отрицательные мысли о себе, о мире и о будущем (*Beck, 1976*). Работая с обсессивно-компульсивным расстройством, важно не столько сосредоточиваться на *содержании* навязчивых мыслей или образов клиентов, сколько изменить их *оценку* своих навязчивых когниций (*Frost & Steketee, 2002; Clark, 2004; McGinn & Sanderson, 1999*). Если психотерапевт применяет общий подход для всех клиентов, не варьируя его в соответствии с индивидуальными потребностями каждого, то его клиенты вряд ли достигнут значительного прогресса. Дополнительную информацию можно найти на сайте `www.beckinstitute.org`.

Психотерапевты также должны знать ключевые данные, влияющие на клиентов и их лечение, например их возраст, уровень физического и интеллектуального развития, культурное окружение, духовные убеждения, пол, сексуальную ориентацию, физическое здоровье, а также жизненный этап, на котором они сейчас пребывают. Например, Миа — азиатка. Ее психотерапевт непреднамеренно усугубил ее состояние, ставя под сомнение ее чрезвычайно глубинные культурные убеждения о необходимости послушания родителям. Психотерапевт Джанет не прочувствовала горя, которое клиентка испытывала, когда ее младший

ребенок ушел из дома, и вместо эмпатии и поддержки попыталась изменить ее мышление, что привело Джанет к мысли, что та не способна на нормальные человеческие реакции. Психотерапевт Кейт не принял во внимание возрастные трудности с памятью и мобильностью своей клиентки и предложил выполнить домашнее задание, которое явно было обречено на провал.

Иногда, еще на этапе диагностического интервьюирования или в начале первой терапевтической сессии, становится ясно, что лечение нужно будет видоизменить. Понимание того, что у Андреа, случай которой я описывала выше, имеется пограничное расстройство личности с выраженными паранойяльными чертами, помогло ее психотерапевту подумать о том, как должно отличаться лечение Андреа от лечения клиента, у которого случился первый эпизод депрессии и у которого нет выраженной патологии по оси II.

Диагностика и формулирование клинического случая должны непрерывно подвергаться пересмотру и дополнению. Например, в начале психотерапии сопутствующий диагноз клиента может быть неочевидным. У Элеоноры, которая страдала от депрессии и панического расстройства, вначале наступили заметные улучшения ее состояния, но затем она как будто "застряла". Только после того как психотерапевт осознал, что у нее также имеются значительные признаки социальной фобии, и скорректировал ее лечение, у Элеоноры снова наступил прогресс. То же самое произошло и с Родни, который в самом начале снизил дозу принимаемых наркотиков.

Когнитивная концептуализация

Психотерапевты должны непрерывно развивать и совершенствовать когнитивную концептуализацию каждого клиента. Концептуализация, описанная в главе 2, помогает психотерапевтам (и клиентам) понять, почему в данный момент клиент реагирует на ситуации и проблемы именно таким образом, и обозначить основные когниции и паттерны поведения, которые мы нацелены изменить. У клиентов может быть разное количество проблем и проблемного поведения, тысячи автоматических мыслей, десятки дисфункциональных убеждений. Психотерапевты должны уметь быстро определять конкретные когниции и паттерны поведения, которые более других нуждаются в изменениях и которые легче всего поддаются изменениям.

Терапевтическое планирование на сессиях и между ними

Точное диагностическое формулирование позволяет психотерапевту разработать основной подход к лечению клиента в ходе терапевтических сессий. На индивидуальной сессии четкая, постоянно развивающаяся когнитивная концептуализация случая позволяет психотерапевту сосредоточиться на наиболее важных проблемах клиента, его дисфункциональных когнициях и паттернах поведения. Процесс терапевтического планирования во время сессий описывается на протяжении всей этой книги.

Создание терапевтического альянса

Для того чтобы эффективно принимать участие в терапевтическом процессе, большинство клиентов должны чувствовать, что у них понимающий, заботливый и компетентный психотерапевт. Но даже когда психотерапевты обладают всеми этими качествами, это может вызвать у некоторых из них негативные реакции, вследствие чего они с подозрением будут относиться к мотивам своего психотерапевта. Иногда психотерапевтам нужно изменять свой стиль, проявляя б*о*льшую или меньшую степень эмпатии, структурированности, дидактичности, конфронтации, самораскрытия или чувства юмора. Например, независимый клиент может предпочесть более деловые отношения, тогда как социоотропный будет лучше взаимодействовать с теплым и дружелюбным психотерапевтом (*Leahy, 2001*). Способность точно определять, концептуализировать и преодолевать трудности в терапевтических отношениях является весьма важным условием для достижения прогресса у клиентов, что также может помочь им улучшить другие виды отношений, о которых речь идет в главах 4 и 5.

Определение конкретных поведенческих целей

Одной из важных терапевтических задач является побуждение клиента определять конкретные цели, которых он хочет достичь в результате психотерапии. Многие клиенты вначале заявляют, что хотели бы чувствовать себя более счастливыми или менее несчастными. Но эти цели слишком долгосрочные и общие, чтобы их можно было достичь легко и быстро. В таком случае нужно спросить, что бы клиенты *делали по-другому*, если бы уже были счастливыми, и тогда на достижение этого желаемого поведения и будет нацелена их работа на следующих сессиях.

Применение основных стратегий

Для психотерапевта также очень важно вовлечь клиента в выполнение основных задач когнитивной терапии, а именно: выявлять автоматические мысли и адаптивно на них реагировать, выполнять домашние задания, заниматься планированием активности (эта задача особенно важна для депрессивных клиентов), а также не избегать ситуаций, в которых клиент испытывает страх (эта задача особенно важна для клиентов с тревожными расстройствами). Психотерапевты, чьи клиенты особенно сопротивляются выполнению таких заданий, могут временно сместить фокус с этих ключевых задач и вместо этого обсудить, что можно сделать для достижения улучшений, или помочь клиентам справиться с дисфункциональными мыслями, которые возникают при постановке этих задач.

Применение передовых техник

Психотерапевтам часто приходится использовать широкий спектр техник для работы с клиентами. Как правило, это когнитивные и поведенческие техники, техники решения проблем, а также техники, направленные на поддержку клиента и установление межличностных отношений. По своей сути они могут быть разного характера: эмоциональные (например, обучение навыкам управления эмоциями клиентов с высокой реактивностью или усиление аффекта у избегающих клиентов), биологические (например, исключение органической причины симптомов расстройства или помощь клиентам в устранении побочных эффектов медикаментов либо последствий хронических заболеваний), средовые (например, помощь клиенту, который подвергается насилию, в поиске другого места проживания), опытные (например, реструктуризация значения ранней травмы посредством воображения), психодинамические (например, изменение искаженных убеждений клиента в отношении психотерапевта).

Психотерапевтам часто приходится изобретать новые методы по ходу активации эмоционально окрашенных убеждений клиентов или, наоборот, когда клиенты избегают выражать свои эмоции (*Newman, 1991; Wells, 2000*). Иногда могут потребоваться нестандартные подходы, например для того, чтобы выстроить прочный терапевтический альянс или помочь клиенту принять необходимые изменения.

Оценка эффективности интервенций и терапии в целом

Для того чтобы отслеживать терапевтический прогресс и разрабатывать терапевтический план во время сессий и между ними, необходимо проводить оценку настроения в начале каждой сессии (*J. Beck, 1995*), предпочтительно используя при этом самооценочные методики, такие как "Шкала депрессии Бека" (*Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961*) или "Опросник Бека для подростков" (*J. Beck, Beck, & Jolly, 2000*). Кроме того, важно оценить прогресс самой терапевтической сессии. Для этого применяются стандартные техники, например периодическое подведение итогов во время сессии или измерение интенсивности отрицательных эмоций, которые испытывает клиент, *до* и *после* обсуждения проблемы во время психотерапии (а также определение степени, насколько клиент верит в свои дисфункциональные убеждения). Однако изменения, проявляемые во время сессии, на самом деле не столь важны, если клиент возвращается к тому же негативному мышлению и настроению после сессии или если его привычное поведение не меняется за пределами терапевтических сессий. Важной составляющей оценки того, насколько эффективно продвигается терапия, является определение сути разумного прогресса для каждого отдельного клиента. У многих клиентов, описанных в этой книге, прогресс протекал довольно медленно, но достаточно устойчиво, с периодическими эпизодами регрессии.

Выводы

Выявление терапевтических проблем, оценка степени их сложности, а также обозначение источника проблем — составляющие искусства когнитивной терапии. Трудности могут быть связаны с внешними (например, токсичное окружение клиента) или внутренними (например, неподходящий вид медицинской помощи) факторами, терапевтической ошибкой (например, неправильное применение методов) или патологией клиента (например, его глубинные убеждения). Иногда необходима внешняя консультация для правильной диагностики проблемы. В этом руководстве предлагаются творческие способы преодоления типичных трудностей. Следующая глава, которая посвящена когнитивной концептуализации, закладывает основу для понимания того, почему возникают проблемы, связанные с патологией клиентов.

Глава 2

Концептуализация сложных случаев

Когнитивная концептуализация является краеугольным камнем когнитивной терапии. Обоснованная концептуализация позволяет психотерапевту эффективно и рационально управлять лечением. Клиенты могут приступать к психотерапии, имея множество проблем и испытывая сотни дисфункциональных когниций в течение дня или недели, что приводит к дистрессу и дисфункциональному поведению. Как когнитивные терапевты решают, на чем именно следует сосредоточиться в психотерапии? В общем, они концентрируются на проблемах (ситуациях, поведении, симптомах), которые существуют в настоящем, вызывают нарушения и, вероятно, будут приводить к дальнейшему дистрессу в будущем. Они также обращаются к когнициям (мыслям и убеждениям), связанным с важными проблемами, явно искаженным или дисфункциональным, кажущимся доступными для изменения и включающим рекуррентные[3] темы мышления клиента (*J. Beck, 1995*).

Точная оценка сложных случаев зачастую труднее оценки “обычных” клиентов. “Трудные” клиенты часто представляют гораздо больше проблем и дисфункциональных представлений (*J. Beck, 1998; Beck, Freeman, Davis, & Associates, 2004*). В этой главе описан метод организации данных, предоставленных такими клиентами, помогающий психотерапевтам спланировать лечение. Сначала описывается упрощенная версия когнитивной модели. Затем глубинные убеждения, фундаментальные

[3] От лат. “recurrens” — “возвращающийся” . — *Примеч. ред.*

понятия о самом себе, других и мире, описываются вместе с поведенческими стратегиями и предположениями. Также приведена схема, призванная помочь психотерапевтам в когнитивной концептуализации. Наконец, приведена детально разработанная когнитивная модель, которая включает комплексные последовательности мыслей и реакций клиентов в ответ на текущие ситуации.

Упрощенная когнитивная модель

В своей простейшей форме когнитивная модель предполагает, что восприятие ситуации людьми влияет на их реакции. Андреа ощетинилась на своего психотерапевта во время их первой сессии, как показано на схеме ниже.

Ситуация

Психотерапевт спрашивает Андреа, каковы ее цели в терапии.



Автоматические мысли

"Почему она спрашивает меня об этом? Это так поверхностно. Установление целей не поможет. Мои проблемы слишком глубоки. Она должна это знать. Разве она не прочитала результаты психодиагностики? Вероятно, она думает, что я такая же, как и все остальные. Я не позволю ей забивать мне голову такой ерундой".



Реакции

Эмоциональная: гнев

Физиологические: напряжение в лице, руках, плечах

Поведенческие: пожимание плечами, избегание зрительного контакта, молчание

Андреа постоянно прокручивает мысли и реакции такого рода, в каждой новой ситуации воспроизводя плохое к себе отношение.

- "Какой смысл (пытаться вернуть бракованный радиоприемник в магазин)? Они не поверят мне".
- "Если я пойду (в группу поддержки, которую предлагает психотерапевт), там все будут смотреть на меня свысока".

- “Кассир нарочно заставляет меня ждать”.
- “(Мой психотерапевт) явно пытается доминировать надо мной”.

Эти мысли, называемые *автоматическими*, всплывают спонтанно; Андреа неосознанно думает таким образом. Почему у нее есть такие негативные мысли? У Андреа есть глубинные убеждения, согласно которым она ранимая, плохая и беспомощная. Она считает, что люди требовательные, грубые и при этом лучше ее. Эти идеи действуют как фильтр или линза, посредством которой она оценивает ситуации. Трудностям психотерапевта в работе с Андреа способствует то, что ее дисфункциональные убеждения активируются не только в повседневной жизни, но и во время терапевтических сессий, как показано на схеме ниже.

Глубинные убеждения

“Я ранимая, плохая, беспомощная”.

“Другие люди требовательные, грубые и в целом лучше меня”.



Ситуация

Психотерапевт и Андреа обсуждают ее проблемы с организованностью и оплатой счетов.



Ситуация воспринимается через линзу глубинных убеждений.



Автоматические мысли

“(Мой психотерапевт) думает о том, что я тупая”.

“Как она смеет судить меня!”



Реакции

Эмоциональная: гнев

Физиологическая: напрягается всем телом

Поведенческая: говорит психотерапевту, что ей это не нужно

Первоначально терапия была довольно трудной как для Андреа, так и для ее психотерапевта. Отрицательные убеждения Андреа постоянно активировались. Например, ее психотерапевт пытается установить по-

вестку дня и спрашивает Андреа, над какой проблемой она хотела бы поработать. Андреа думает: "Это бесполезно. Я слишком далеко зашла. Мне уже ничего не поможет". Она испытывает ощущение безнадежности, падает на стул и говорит: "Я не знаю". Когда ее психотерапевт говорит о том, что она могла бы проводить время на этой неделе иначе (т.е. более продуктивно), Андреа думает: "О чем она говорит? Я не могу измениться" — и отвечает слегка враждебно: "Я даже *представить* не могу, что можно было бы сделать что-то еще". Когда ее психотерапевт пытается помочь ей оценить одну из ее автоматических мыслей, спрашивая: "Могли бы вы ощутить себя в какой-то мере влияющей на что-то вне вас (работу по дому)?" — Андреа категорически отвечает "нет" тоном, в котором ощущается предостережение от дальнейших шагов в этом направлении.

Схема когнитивной концептуализации (*J. Beck, 1995*) на рис. 2.1 описывает Андреа более полно, показывая, как основные концептуальные элементы — глубинные убеждения, предположения и копинг-стратегии (описаны ниже) — связаны друг с другом, с детским опытом Андреа и с ее нынешними переживаниями. Эта схема более подробно раскрыта ниже.

Глубинные убеждения

Дети, пытаясь понять себя, окружающих людей и их миры, выстраивают в своем уме организующие понятия. Они активно ищут смысл и постоянно добавляют новые данные в существующие схемы. Если детский опыт преимущественно негативен, дети зачастую начинают приписывать себе отрицательные качества. Если у них достаточно значимого положительного опыта, они видят себя в негативном свете лишь время от времени, в основном полагая, что с ними все в порядке: они достаточно эффективны, привлекательны и заслуживают похвалы. Если же подобного опыта не хватает, они начинают развивать негативный взгляд на себя, мир и окружающих.

Если негативные понятия становятся организующими структурами их разума, дети могут обрабатывать информацию искаженным и дисфункциональным образом, излишне концентрируясь на негативе и не в состоянии обрабатывать положительную информацию. В главе 3 описано, как эта тенденция укореняется с течением времени, делая ребенка уязвимым к развитию расстройств по оси II (*Beck et al., 2004*).

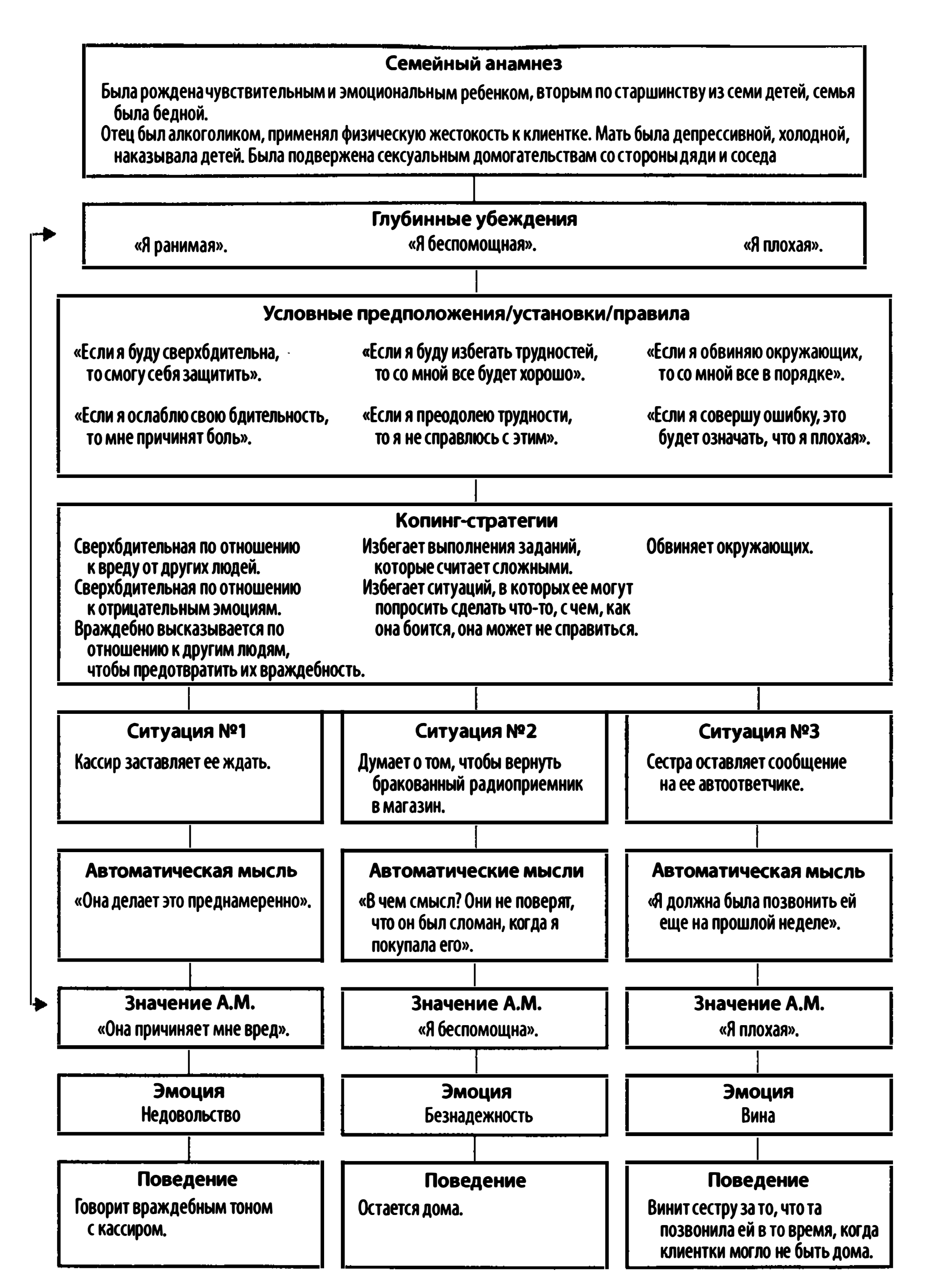


Рис. 2.1. *Схема когнитивной концептуализации*

Например, детство Андреа ознаменовалось негативным опытом, зачастую ежедневным. Ее семья страдала от бедности. У нее было шесть братьев и сестер. Ее отец-алкоголик применял физическое насилие к Андреа и другим своим детям. Ее мать была хронически депрессивной, карающей, эмоционально и физически несдержанной. Андреа подверглась сексуальным домогательствам в возрасте 12 лет со стороны дяди и в 13 лет – со стороны соседа. Неудивительно, что у нее начали развиваться негативные представления о себе, других и о мире. Например, она начала воспринимать себя как беспомощную. Со временем это убеждение стало структурированным в ее разуме.

Неосознанно Андреа стала избирательно накапливать данные, поддерживающие эту идею не только в отношениях с домашними, но и во многих ситуациях вне дома. Она также начала искажать информацию, если та не соответствовала этому убеждению. Например, когда старший двоюродный брат похвалил ее за заботу о братьях и сестрах, Андреа тут же решила, что у него есть какой-то скрытый мотив, чтобы быть с ней добрым. К тому же она просто не признавала другие позитивные данные (или не придавала им значения), например тому, что благодаря большому количество братьев и сестер получила опыт общения со сверстниками и взрослыми, в котором она была достаточно уверенной в себе и эффективной. Таким образом, ее убеждение в отношении собственной беспомощности усиливалось, в то время как слабое убеждение в отношении своей эффективности ослабевало.

Глубинные убеждения о себе

Отрицательные убеждения людей о самих себе можно в целом разделить на три категории: *беспомощность*, *непривлекательность* и *бесполезность*. Для эффективного терапевтического планирования психотерапевтам следует собрать данные, начиная с ориентировочной сессии с клиентом, и на этой основе выдвигать гипотезы, проверяя их позже при работе с клиентом, чтобы определить, относятся ли его убеждения к темам беспомощности, непривлекательности, бесполезности или некоей комбинации всех трех. У клиента может быть одно или несколько дисфункциональных глубинных убеждений; его глубинные убеждения могут относиться преимущественно к одной из категорий, описанных ниже, или к двум или трем.

У категории *беспомощность* есть много разных нюансов, но основная тематика связана с чувством собственной неэффективности. Клиенты по-разному выражают эту идею.

Глубинные убеждения о беспомощности

"Я неполноценный, неспособный, некомпетентный; я не справлюсь".

"Я бессилен, не могу себя контролировать; я не могу измениться; я увяз, пойман в ловушку, я — жертва".

"Я ранимый, слабый, уязвимый, мне нужно внимание и понимание".

"Я плохой, неудачник, недостойный; я не такой, как все".

Другие клиенты, считающие себя *непривлекательными* или *нелюбимыми*, могут быть (а могут и не быть) излишне зациклены на своей эффективности. Они полагают или боятся, что никогда не получат хорошее отношение и заботу, о которых мечтают. Эту идею они выражают следующим образом.

Глубинные убеждения о непривлекательности

"Я неприятный, нежеланный, уродливый, скучный; мне нечего предложить людям".

"Я нелюбимый, нежеланный, мною все пренебрегают".

"Меня всегда будут отвергать, бросать; я всегда буду одинок".

"Я иной, неполноценный, недостойный любви".

Клиенты, которые считают себя *бесполезными*, могут выражать эту идею следующим образом.

Глубинные убеждения о бесполезности

"Я несостоятельный, неспособный, плохой, чокнутый, надломленный, ничтожество, отброс".

"От меня только один вред, я опасен, токсичен, зол".

"Я не заслуживаю того, чтобы жить".

Убеждения бесполезности часто имеют морализаторский оттенок, что отличает их от первых двух категорий. Когда клиент высказывает что-то подобное, важно выяснить, является ли бесполезность сама по себе самой серьезной проблемой клиента или же она служит объ-

яснением его убеждению в собственной никчемности. Когда Уолтер сказал психотерапевту о своей бесполезности, тот принялся дотошно расспрашивать его: “Если это правда, то что для вас хуже всего — то, что у вас не получается быть эффективным и продуктивным, или то, что вы никогда не получите любовь, которую хотите?” Уолтер ответил, что последнее хуже. Напротив, когда психотерапевт Саши спросил ее о том, что для нее означает глубинное убеждение о бесполезности, она ответила, что нет ничего хуже, чем быть бесполезной самой по себе и что это и есть самое ужасное.

Почему важно категоризировать убеждения клиента

Быстрая категоризация убеждений конкретного клиента способствует лечению. В большинстве случаев психотерапевт нацелен на выявление и изменение наиболее дисфункциональных глубинных мыслей, убеждений и поведения клиентов. Клиентку, которая считает, что она в принципе адекватна и сильна, но ее убеждение в собственной непривлекательности вызывает значительный дистресс, следует поощрять — проводить поведенческие эксперименты, в ходе которых происходит налаживание контактов с окружающими. Клиентам, которые считают, что они в принципе привлекательны, но беспомощны или бесполезны, необходимы занятия, которые позволят им ощутить рост своего мастерства.

Для эффективной психотерапии необходима правильная концептуализация категории (категорий) глубинных убеждений клиента. Один психотерапевт, например, неправильно категорировал глубинное убеждение своего клиента. У Эдварда было много автоматических мыслей о потенциальном расставании с женой: “Я такой плохой муж. Она [жена], вероятно, сыта по горло. Сколько еще она будет терпеть меня? Она наверняка уйдет от меня”. Также у него были мысли об отдалении близких людей: “Чак [лучший друг клиента], должно быть, устал слушать мои жалобы. Он, наверное, думает, что я самый настоящий неудачник. Не сомневаюсь, что он предпочел бы проводить время с другими людьми”. У Эдварда также негативные мысли об отношениях с матерью: “Мне давно пора увидеться с ней. Вероятно, она думает, что я о ней не забочусь”.

Психотерапевт полагал, что эти мысли указывают на сильное убеждение в непривлекательности. Поэтому он сосредоточился на автоматических мыслях клиента о том, что он — плохой муж, друг и сын. Он предложил домашние задания, которые должны были помочь Эдварду больше общаться с близкими и коллегами. Однако состояние Эдварда

улучшилось лишь незначительно. Наконец, психотерапевт попробовал найти прямое *значение* мыслей Эдварда: "Если бы это было правдой (что ваша жена хочет бросить вас; ваш друг не хочет проводить время с вами; ваша мать думает, что вы не заботитесь о ней), то что для вас в этом самое худшее?" Эдвард ответил: "Я бы этого не выдержал. У меня не оказалось бы никого, кто мог бы помочь мне. Я не знаю, что бы я делал".

Стало ясно, что для Эдварда главной проблемой было не то, что о нем никто не заботится и его никто не любит (**непривлекательность**), а его уверенность в том, что если он оттолкнет других и потеряет их поддержку и помощь, то не справится с трудностями (**беспомощность**). Как только психотерапевт переориентировал работу на оценку автоматических мыслей о неэффективности и неадекватности и начал подталкивать клиента к участию в деятельности, которая давала бы ему чувство мастерства, депрессия Эдварда начала быстро ослабевать.

Почему клиенты сильно верят в свои глубинные убеждения

Почему клиент так упорно держится своих убеждений, даже когда многочисленные факты говорят об их ложности? Робин снова и снова утверждает, что она плохая, хотя у нее многочисленные факты доказывают обратное. Она — продуктивный сотрудник, ее парень хорошо к ней относится и часто хвалит ее, она идеально заботится о своей пожилой матери, у нее ровные отношения с сестрой, и она, похоже, нравится своим соседям. Главный фактор, способствующий ее убеждению в собственной ничтожности, — это ее способ обработки информации.

- ***Робин избирательно сосредоточена на данных, подтверждающих ее негативное самовосприятие.*** Она навешивает на себя ярлык "плохая" всякий раз, когда допускает ошибку или не оправдывает своих (нереалистично завышенных) ожиданий; всякий раз, когда считает, что не оправдала ожиданий окружающих; всякий раз, когда вызывает отрицательную (или даже нейтральную) реакцию у других людей. В течение одного дня, например, она навешивает на себя ярлык "плохая", когда уходит из дому, не сделав уборку; когда приходит на работу на 10 минут позже (потому что автобус застрял в пробках); когда начальник указывает на ошибку в набранном ею тексте; когда понимает, что забыла перезвонить матери.

- ***Она обесценивает данные, противоречащие ее убеждению.*** Замечая положительные данные, Робин не оценивает их непосредственно. Например, помогая соседу передвинуть тяжелую мебель, она дума-

ет: “И в самом деле я могла бы сделать больше”. Помогая матери, она думает: “Я делаю это не из любви, а по обязанности”.

- ***Она не замечает данные, противоречащие ее убеждению.*** Робин игнорирует тот факт, что приходит на работу вовремя 20 дней из 21, что она постоянно вежлива и тактична с коллегами; что заботится о матери не жалея сил и времени. На самом деле она могла бы считать себя плохой, если бы *не* делала всего этого.

Эта предубежденная обработка не является выбором самой Робин. Она происходит автоматически, за пределами ее осознания. К счастью, психотерапевт Робин помог ей понять неправильную обработку информации и нашел средство противодействовать ей (см. главу 13). Робин учится рассматривать свое дисфункциональное поведение и отрицательный опыт менее радикально. Она также учится адаптивно реагировать на обесценивание своего позитивного поведения и опыта, выявлять и оценивать положительные данные о себе, которых она ранее не признавала.

Глубинные убеждения о людях

Восприятие окружающих у “трудных” клиентов зачастую отличается ригидностью, чрезмерным обобщением и дихотомией. “Трудные” клиенты не понимают, что люди — это сложные существа, проявляющие в различных ситуациях разные черты. Вместо этого клиенты склонны воспринимать окружающих в черно-белых тонах. Часто это восприятие к тому же преувеличенно отрицательное: окружающие злы и безразличны, пытаются манипулировать, унижают, делают больно. Другая крайность — клиенты воспринимают окружающих нереалистично позитивно, считают их лучше себя, наделяют их силой и привлекательностью, видят их настоящими личностями (себя же считают обделенными этими качествами).

Глубинные убеждения о мире

“Трудные” клиенты часто отличаются дисфункциональными убеждениями о своем личном мире. Они убеждены в том, что никогда не получат от жизни то, чего хотят из-за препятствий, которые нарочно устраивает окружающий их мир. Они нередко высказываются в том смысле, что мир несправедлив, недружелюбен, непредсказуем, не поддается контролю, опасен. Обычно эти убеждения довольно глобальны и чрезмерно обобщены.

Клиенты, которые имеют ряд одновременно активированных глубинных убеждений о себе, людях и мире, часто считают, что у них нет безопасного убежища, в котором можно было спрятаться. Например, Андреа считает, что мир опасен, а она беспомощна и отчаянно нуждается в людях, которые должны ей помочь. Тем не менее она одновременно придерживается убеждения, что люди безразличны и причиняют боль. Таким образом, согласно ее глубинным убеждениям, она должна либо быть одинокой, беспомощной и ранимой, либо сдаться на милость недоброжелателей. Субъективно она считает, что так или иначе обречена. Андреа приходит к заключению, что окружающие ее инвалидируют[4], и это еще сильнее подтверждает систему ее дисфункциональных убеждений.

Поведенческие стратегии

Для человека довольно мучительно придерживаться крайних взглядов на себя, мир и окружающих. "Трудные" клиенты часто проявляют особенное защитное поведение, чтобы совладать со своими отрицательными убеждениями и компенсировать их действие (*Beck et al., 2004*). Андреа, например, считает, что она ранима и люди могут причинить ей боль. Поэтому она разработала стратегии сверхосознанности по отношению к поведению людей и повышенной готовности к возможным признакам недоброжелательности с их стороны. Замечая плохое отношение к себе (или неправильно истолковывая или преувеличивая обычное отношение), она прибегала к стратегии словесных нападок на оппонента (вербальная агрессия).

Дженис также считает, что она слаба и люди могут причинить ей боль. Однако ее стратегия заключается в повышенной бдительности к отрицательному настроению окружающих, излишней угодливости, подчинению собственных желаний желаниями других людей и ухода от конфликта любой ценой.

Клиенты с устойчивыми трудностями часто вырабатывают такие поведенческие стратегии еще в детстве или ранней юности. На начальном этапе такое поведение более или менее адаптивно, но со временем становится все более дезадаптивным, поскольку индивид развивается и вступает в новые жизненные ситуации. Становясь дезадаптивными, эти

[4] Инвалидация (от лат. invalidus – обесцененный) – игнорирование и непризнание окружающими людьми эмоциональных реакций и переживаний индивида. – *Примеч. ред.*

стратегии уже не могут защитить клиентов от активации их глубинных убеждений. Однако даже провал выработанных с юности стратегий не разрушает, как правило, глубинных убеждений клиентов. Когда Андреа проявляет вербальную агрессию, чтобы избежать ненадлежащего обращения, ее глубинное убеждение в собственной уязвимости не затрагивается. Она остается при своей уверенности в том, что если бы она не нападала на них, они бы плохо обращались с ней. Когда же Дженис шла на уступки окружающим, она думала: "Если бы я не успокоила их, они причинили бы мне боль".

Клиенты, приступающие к психотерапии, различаются по степени осознания таких паттернов своего поведения, но обычно их довольно легко выявить. Понимание глубинных убеждений и предположений клиентов имеет большое значение для установления причин того или иного поведения. С учетом убеждений их подчас кажущееся странным поведение обретает смысл.

Каждое расстройство личности сопровождается своим набором глубинных убеждений, предположений и стратегий (описанных в главе 3). Ниже приведены примеры того, как разные клиенты справляются с одним и тем же глубинным убеждением.

Глубинное убеждение	Копинг-стратегии
"Я неполноценный"	Полагаться на других или преувеличивать свои достижения
"Я ничтожество"	Отдаляться, избегать близких отношений, драматизировать события, выполнять указания окружающих
"Я раним"	Действовать решительно, доминировать или избегать риска причинения боли окружающими

Предположения, правила и установки

Один из способов понять поведенческие стратегии клиентов — исследовать класс когниций, которые лежат между поверхностными автоматическими мыслями и глубинными убеждениями. Эту промежуточную группу составляют предположения, правила и установки (*J. Beck, 1995*; см. также главу 12). *Условные предположения* показывают, как по-

веденческие стратегии связаны с глубинными убеждениями. Клиенты обычно полагают, что если они будут применять свои копинг-стратегии, то с ними будет все в порядке, но, если они этого не сделают, их глубинные убеждения станут явными или сбудутся.

- **"Пока я сверхбдителен к боли и враждебности со стороны окружающих, я могу защитить себя. Ведь если я не буду начеку, люди причинят мне боль".**
- **"Если я сохраню статус-кво, со мной все будет в порядке. А если я попытаюсь что-то изменить, то могу и не справиться".**
- **"Если я совершаю ошибку, значит, я плохой".**

Одна из причин, почему с клиентами наподобие Андреа сложно работать, заключается в том, что о психотерапевте или о терапевтическом процессе они делают такие же предположения, как и о других людях или ситуациях, таким образом применяя свои дезадаптивные копинг-стратегии на терапевтических сессиях. В начале психотерапии Андреа была сверхбдительной к боли и ощущала давление со стороны своего психотерапевта, поэтому реагировала критически и враждебно. Она была убеждена, что ее жизнь невозможно изменить к лучшему, поэтому сопротивлялась попыткам психотерапевта заставить ее пересмотреть свои цели или пойти хотя бы на небольшие изменения. Андреа также старалась поменьше рассказывать о себе, полагая, что психотерапевт отвергнет ее.

Клиенты также выражают идеи, которые содержатся в их предположениях, в других формах, через *правила* и *установки*. Правило "я не должен о себе рассказывать" связано с предположением "если я расскажу о себе, то меня отвергнут или причинят мне боль". Установка "совершить ошибку – это катастрофа" может быть следствием предположения "если я совершая ошибку, значит, я некомпетентен". Часто полезно проследить, из какого правила или установки исходит то или иное предположение, чтобы эффективно его проверить.

Центральные предположения и их подвиды

Клиенты делают тысячи предположений. Поэтому психотерапевту крайне важно определить общие, центральные, работа над которыми была бы наиболее эффективной. Самые важные предположения обыч-

но связаны с глубинными убеждениями клиентов. Также важно понять, является ли обнаруженное в ходе психотерапии предположение новой темой, которая может потребовать внимания, или оно является подвидом ранее выявленного центрального предположения.

Например, Элисон придерживается следующего центрального предположения.

- "Если я буду испытывать отрицательные эмоции, то потерплю неудачу".

Более узкие подвиды этого предположения были такими.

- "Если я сосредоточусь на том, что говорит мой психотерапевт, я буду чувствовать себя ужасно и просто не вынесу этого".
- "Если я выполню свои терапевтические домашние задания, мне придется думать о своих проблемах, и я не справлюсь с плохими чувствами, которые у меня возникнут из-за этого".
- "Стоит мне подумать о конфронтации с матерью (даже мягкой), я впадаю в такое тревожное состояние, что могу сойти с ума".

На более поздней терапевтической сессии, во время обсуждения, как Элисон могла бы провести выходные, она выразила другое предположение.

- "Если я не сделаю того, чего хочет моя сестра, она будет плохо себя чувствовать".

Психотерапевт ранее не встречалась с темой, лежащей за этим предположением. Она поинтересовалась, есть ли у Элисон более общее предположение "Если я не оправдываю надежд других людей, значит, я плохая". Однако при опросе выяснилось, что Элисон в большинстве случаев не придавала особого значения недовольству со стороны сестры или других людей. Предположение, сделанное в отношении сестры, было специфичным для конкретной ситуации и не связанно с более общим предположением. Установив, что это предположение не является частью более крупного паттерна, терапевт быстро перешла к обсуждению более важных проблем и когниций.

Схема когнитивной концептуализации

Схема когнитивной концептуализации помогает терапевтам организовывать огромное количество данных, которые они получают о клиентах и от них. Схема когнитивной концептуализации помогает:

- определить глубинные убеждения клиентов, их предположения и поведенческие стратегии;
- понять, почему клиенты сформировали такие категоричные убеждения о себе, окружающих и мире;
- понять, как поведенческие стратегии клиентов связаны с их глубинными убеждениями;
- определить, с какими наиболее важными убеждениями и поведенческими стратегиями следует продолжать работать;
- понять, почему в настоящее время клиенты реагируют определенным образом: как их убеждения влияют на восприятие ими текущей ситуации и как это восприятие, в свою очередь, влияет на их эмоциональные, поведенческие и физиологические реакции.

Например, схема когнитивной концептуализации на рис. 2.1 организует бóльшую часть материала, уже представленного Андреа, и добавляет информацию о ее детском опыте, объясняющую, почему она развивала такие категоричные идеи в отношении себя, окружающих и мира.

Нижняя часть схемы иллюстрирует когнитивную модель: в конкретных ситуациях у клиентов есть определенные мысли, которые влияют на их реакции. Психотерапевтам будет полезно мысленно заполнить блоки в схеме, руководствуясь своим первым контактом с клиентом. Однако лучше всего начать заполнять схему (карандашом) после нескольких сессий, определив важные паттерны: 1) в ситуациях, приводящих к дистрессу; 2) в автоматических мыслях клиентов; 3) в их эмоциональных реакциях; 4) в их поведенческих реакциях. Важно ставить вопросительный знак рядом с любой гипотезой, которая еще не подтверждена клиентом, поскольку отличительным признаком когнитивной терапии является то, что концептуализации производятся непосредственно из той информации, которую предоставляет каждый отдельно взятый клиент.

При выборе проблем и ситуаций для нижней части схемы терапевт ищет те, которые типичны для данного клиента, но отличаются друг от друга и иллюстрируют разные темы в автоматических мыслях клиента и его различные аспекты функционирования и реакций. Выбор ситуаций, в которых автоматические мысли слишком похожи, например, может привести к тому, что терапевт упустит из виду важные убеждения. С другой стороны, выбор ситуаций, нетипичных для клиента, также приведет к ошибочной концептуализации.

Нижняя часть схемы на самом деле сознательно упрощена. Как будет описано в конце этой главы, у клиентов может быть много автоматических мыслей, связанных с различными эмоциями в той или иной ситуации. Клиенты также могут дисфункционально оценивать свои реакции (эмоциональные, поведенческие и физиологические). Кроме того, клиенты часто испытывают *серии* мыслей, прежде чем включаются в дисфункциональное поведение.

Кроме того, особенно для "трудных" клиентов трех ситуаций недостаточно — психотерапевту может потребоваться несколько (или намного больше) сессий, чтобы полностью выявить дисфункциональные убеждения и стратегии клиентов. Также весьма полезно записывать ситуации, в которых клиент демонстрирует поведение, препятствующее терапии — как то, которое мы описали в главе 1. Например, если не было допущено терапевтической ошибки, полезно концептуализировать мысли клиента, которые привели к следующему поведению: постоянные высказывания "я не знаю", невыполнение домашнего задания, разговор с психотерапевтом во враждебной манере. На рис. 2.2 показаны три ситуации, в которых Андреа проявляла дисфункциональное поведение в течение сессий. Обратите внимание, что условные предположения клиента относительно терапии и психотерапевта являются подвидами более общих предположений в схеме когнитивной концептуализации на рис. 2.1.

Завершая заполнение нижней части схемы, психотерапевт спрашивает Андреа о *значении* ее автоматических мыслей. Эти значения тематически связаны с глубинными убеждениями Андреа о себе, как показано в верхней части схемы. Фактически глубинные убеждения клиента действуют, как линза, которая влияет на восприятие Андреа, и находятся между ситуацией и автоматическими мыслями. Психотерапевты обычно выявляют глубинные убеждения клиентов, спрашивая их о значении их автоматических мыслей. Именно поэтому блок значения находится под блоком автоматических мыслей. Более правильным было бы разместить этот блок над блоком автоматических мыслей и обозначить его как "убеждение, влияющее на восприятие ситуации клиентом".

Что касается Андреа, то она с детства считала себя плохой, беспомощной и уязвимой. Как у нее развивались эти убеждения? Данные, представленные в верхнем блоке, проясняют, почему она стала видеть себя и других в таком отрицательном свете. Она выросла в беспорядочной и жестокой обстановке. В какой-то момент терапии ее психотерапевт обобщит детский опыт Андреа и поможет ей увидеть, что многие дети, которые пострадали от такого же рода травм, которые пережила она, могут расти с категоричными убеждениями о себе и других, но эти убеждения могут быть неверными или не совсем верными.

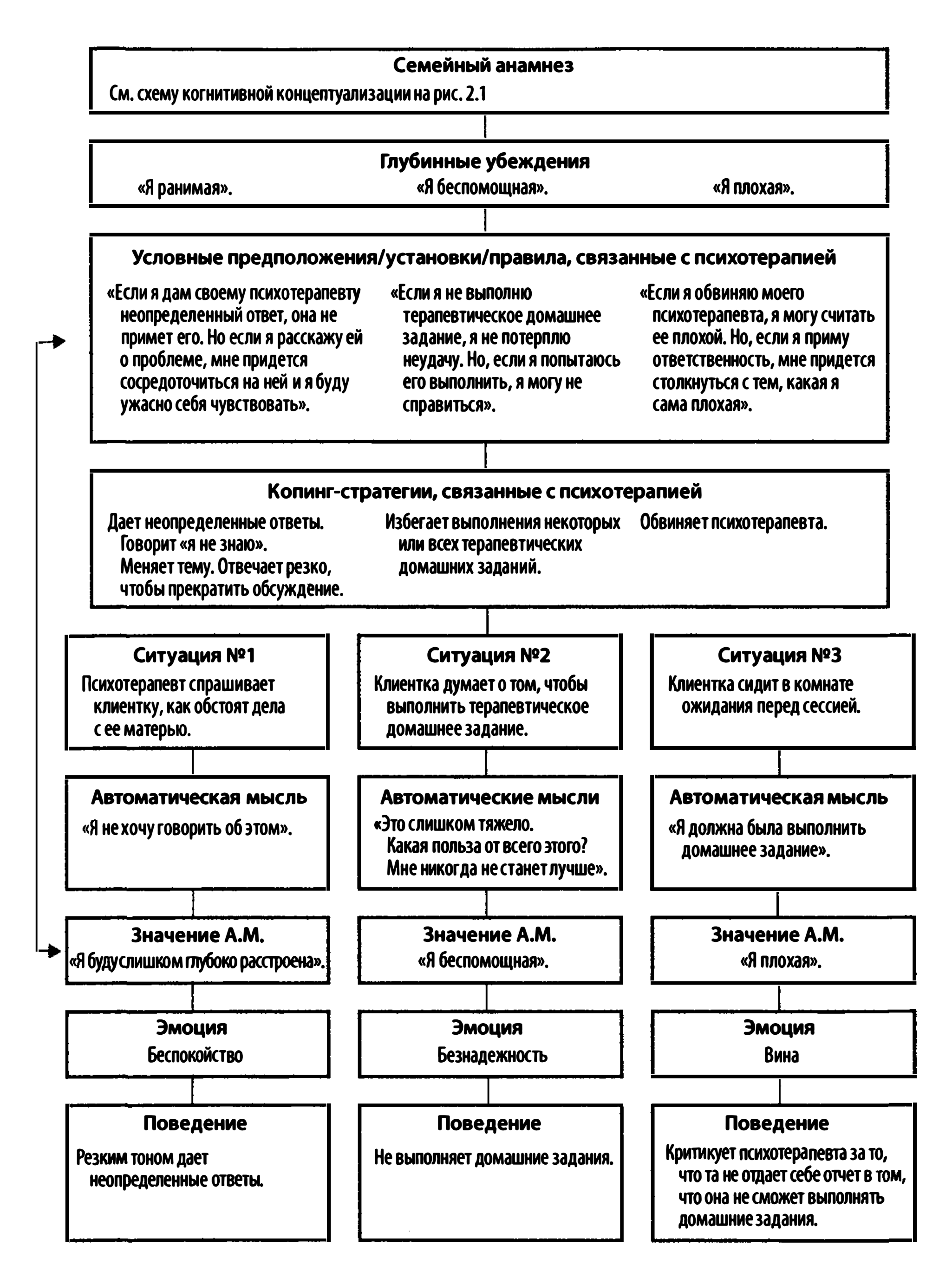


Рис. 2.2. *Схема когнитивной концептуализации, иллюстрирующая поведение, препятствующее терапии*

Психотерапевт также помогает ей понять, что, учитывая эти крайне негативные и дисфункциональные убеждения, вполне естественно, что их обладатель развил определенные копинг-стратегии, чтобы выжить в этом мире. Психотерапевт анализирует условные предположения Андреа, чтобы она могла начать понимать, почему она часто ведет себя настолько дисфункционально. Андреа внутренне убеждена, что если она будет применять копинг-стратегии, то с ней все будет в порядке; в противном случае ее глубинные убеждения станут явными для нее или для других.

Разработка когнитивной модели

Часто важно детально разработать упрощенную когнитивную модель, представленную в начале этой главы и на схеме когнитивной концептуализации. Психотерапевты и клиенты должны отдавать себе отчет в том, что триггером автоматических мыслей может быть диапазон ситуаций (не все из которых являются отдельными событиями). Кроме того, последовательность события-триггера и возможного поведения может носить комплексный характер.

Триггерные ситуации

Большинство людей рассматривают ситуации как отдельные события: посещение психотерапевта, спор с партнером, чтение неприятного письма. Но каждая составляющая когнитивной модели сама по себе может стать новой ситуацией-триггером. Например, Джоэл чувствовал себя хорошо, разговаривая по телефону разговора с матерью, пока та не начала укорять его за то, что он редко ей звонит (ситуация 1). Джоэл подумал: "Почему она всегда жалуется, что я мало с ней общаюсь? Разве она не знает, что у меня своя жизнь?" Он почувствовал раздражение. Потом Джоэл осознал эти мысли (ситуация 2) и у него появилась следующая их последовательность: "Я не должен плохо думать о маме. Она стара и одинока". Теперь он почувствовал себя виноватым. Затем он заметил то, что чувствует себя виноватым (ситуация 3) и подумал: "Я взрослый человек. Почему же мама по-прежнему сильно влияет на меня? Со мной точно что-то не так". В этот момент он почувствовал печаль и присел на диван. Затем он отрефлексировал свое поведение (ситуация 4), подумал "Я не должен просто так сидеть здесь. Что со мной случилось?" и испытал отвращение к самому себе.

Триггерными ситуациями для автоматических мыслей могут стать:

- отдельные события;
- угнетающие мысли;
- воспоминания;
- образы;
- эмоции;
- поведение;
- физиологические ощущения;
- психические переживания.

Вкратце ситуационная часть когнитивной модели может быть любым внутренним или внешним событием или состоянием, которое люди оценивают исходя из их личной значимости (рис. 2.3).

Когда автоматические мысли выступают в качестве стимульных ситуаций

Автоматические мысли становятся стимульными ситуациями, когда клиенты их оценивают; это происходит тогда, когда клиенты осознают свои автоматические мысли и испытывают из-за них дополнительные автоматические мысли. Часто изначальные автоматические мысли и оценки облечены в слова. Например, Беннетт увидел бездомного, растянувшегося на тротуаре и выкрикивающего непристойности (ситуация 1), и подумал: "Этот бомж отвратителен". Он осознал эту мысль (ситуация 2) и оценил ее: "Я не должен думать таким образом. Я сам по-настоящему отвратителен".

Автоматические мысли также могут принять форму воображаемых образов. Дена услышала шум (ситуация 1) и представила, что это ее ребенок падает с лестницы. Она осознала этот образ (ситуация 2) и оценила его: "Поскольку я это представила, должно быть, я хочу этого!"

Когда клиенты оценивают свои мысли, психотерапевты должны четко понимать, на чем им следует сосредоточиться: на изначальной автоматической мысли или на ее оценке. Часто последнее существенно важнее.

Когда реакции являются стимульными ситуациями

Реакции клиентов делятся на три категории: эмоциональные, поведенческие и физиологические. Важно понять, является ли реакция сама по себе тем, что их расстраивает. Клиенты часто угнетены своими *негативными эмоциями*.

1. Отдельное событие: психотерапевт спрашивает клиентку, выполнила ли она домашнее задание.

↓

Автоматическая мысль: "Если я скажу, что не сделала его, то она рассердится на меня".

2. Угнетающие мысли: клиентка ловит себя на мысли о глистах.

↓

Автоматическая мысль: "Опять эти мысли. Должно быть, я сумасшедшая".

3. Память: у клиента спонтанно всплыло воспоминание о пережитом насилии.

↓

Автоматическая мысль: "Я всегда буду страдать от наплывов этих воспоминаний".

4. Образ: клиентка представляет, что ее отец попал в автомобильную аварию.

↓

Автоматическая мысль: "О, нет! Должно быть, я втайне хочу, чтобы он пострадал".

5. Эмоция: клиентка понимает, что она очень разгневана.

↓

Автоматическая мысль: "Со мной, определенно, что-то не так. Нормальные люди не выходят из себя из-за мелочей".

6. Поведение: клиент только что очистил кишечник.



Автоматическая мысль: "Я никогда не смогу преодолеть расстройство пищевого поведения".

7. Физическое ощущение: клиент почувствовал стеснение в груди.



Автоматическая мысль: "У меня будет сердечный приступ".

8. Психические переживания: клиент осознал стремительный бег своих мыслей.

↓

Автоматическая мысль: "Я схожу с ума".

Рис. 2.3. Примеры триггерных ситуаций

Например, Фил отправился в аптеку за лекарством (ситуация 1) и подумал: "Что если это лекарство мне не помогает?" Эта мысль заставила его ощутить тревогу. Затем он заметил, насколько тревожно он себя чувствует (ситуация 2), подумал "Моя тревога никогда не исчезнет" и начал чувствовать полную безнадежность.

Иногда клиенты угнетены своим *поведением.* Мэри увидела тарелку с печеньем на работе (ситуация 1) и подумала: "Со мной ничего не случится, если я съем одно", взяла печенье и съела его. В этот же момент она осознала, что произошло (ситуация 2), и подумала: "О, нет, я не должна была его есть. Я серьезно нарушила свою дневную диету. Впрочем, я могла бы съесть еще и сесть на диету завтра".

Иногда клиенты испытывают наибольший дистресс в результате своей *физиологической реакции.* Уильям, например, был за рулем (ситуация 1) и испытал автоматические мысли и образы о том, как он попадает в аварию, почувствовал тревогу и осознал, что его сердце начало биться довольно быстро. Он заметил, что его сердцебиение участилось (ситуация 2) и подумал: "О, нет, что со мной происходит?" Оценки клиентами их реакций, по сути, могут быть более важными, чем изначальная триггерная ситуация.

Выведение последовательности составляющих когнитивной модели

Определив проблемную ситуацию, психотерапевты должны установить, существует ли расширенная последовательность событий, мыслей и реакций, чтобы совместно с клиентом решить, откуда начать работу. Часто психотерапевты должны тщательно опросить клиентов, чтобы определить их автоматические мысли до, во время и после той или иной ситуации. Это помогает психотерапевту концептуализировать, на чем следует сосредоточиться:

- собственно на проблемной ситуации;
- на одной или нескольких автоматических мыслях об этой ситуации;
- на активировавшихся дисфункциональных убеждениях;
- на эмоциональной реакции клиента;
- на поведении клиента;
- на оценке клиентом своих мыслей, эмоциональных реакций или поведения.

Особенно важно вывести последовательность составляющих, когда клиент становится вовлеченным в дисфункциональный цикл “мысль — эмоция — поведение — физиологическая реакция”, как при панической атаке или при компульсивном поведении, таком как злоупотребление психоактивными веществами, переедание и очищение желудка, насилие по отношению к другим или аутоагрессия.

Клинический случай 1

У Марии всегда была предсказуемая последовательность событий перед панической атакой и во время нее (хотя она и ее психотерапевт не всегда могли выявить конкретное триггерное событие). Типичная последовательность была следующей (рис. 2.4). Мария едет в машине по автостраде со своим мужем. Она видит знак и понимает, что ближайший съезд находится далеко. Она думает: “Что если мне станет плохо и мне понадобится помощь?”

Эта мысль заставляет Марию чувствовать себя очень тревожно, и ее сердце бьется очень быстро. Она замечает свое учащенное сердцебиение и думает: “Что со мной не так?” Она также представляет себя с сердечным приступом. Затем она чувствует себя значительно более тревожно, и ее тело реагирует: сердце начинает колотиться, она дышит очень быстро и глубоко, появляется боль в грудной клетке. Так как она сосредоточена на своих физических реакциях, ее ощущения усиливаются, и она думает, что у нее начинается сердечный приступ. Ее тревога усиливается до состояния паники, на что реагирует тело (т.е. усиливаются и ощущения), она сосредоточивается еще больше на своих ощущениях и все более убеждается в том, что у нее сердечный приступ.

Цикл продолжается еще 10 минут, пока в ее теле не закончится адреналин и ощущения не начнут ослабевать. После панической атаки она думает: “Это было ужасно. Если это случится еще раз, я действительно могу умереть”. Она испытывает тревогу, и ее убежденность в собственной уязвимости усиливается.

Клинический случай 2

Патрик испытывает определенную последовательность мыслей, ощущений и поведения, непосредственно предшествующих употреблению наркотиков (рис. 2.5). Например, он находится дома, думает о том, что у него мало денег, и огорчается. Он осознает, что ему стало грустно, и думает: “Я ненавижу это чувство. Если бы только я мог принять дозу (кокаина)”.

Ситуация 1: клиентка осознает, что находится далеко от больницы.

↓

Активация схемы с убеждением "Я уязвима".

↓

Автоматическая мысль: "Что если мне станет плохо и мне потребуется помощь?"

↓

Эмоция: тревога.

↓

Физиологическая реакция: учащается сердцебиение.

↓

Ситуация 2: клиентка понимает, что ее сердце бьется быстрее обычного.

↓

Автоматическая мысль: "Что со мной не так?" Представляет свой сердечный приступ.

↓

Эмоция: тревога усиливается.

↓

Физиологические реакции: сердце колотится, происходит гипервентиляция, появляются симптомы одышки и боль в грудной клетке.

↓

Поведение и *ситуация 3:* клиентка сосредоточивается на своих физических ощущениях.

↓

Автоматическая мысль: "Я чувствую себя все хуже и хуже".

↓

Эмоция: тревога продолжает усиливаться.

↓

Физиологическая реакция и *ситуация 4:* симптомы усиливаются.

↓

Автоматическая мысль: "У меня сердечный приступ!"

↓

Эмоция: паника.

↓

Ситуация 5: паническая атака ослабевает.

↓

Автоматическая мысль: "Это было ужасно. Если это произойдет снова, я могу действительно умереть".

↓

Усиление убежденности в собственной уязвимости.

Рис. 2.4. *Сценарий паники*

Ситуация 1: пребывание дома.

↓

Автоматическая мысль: "Я так разбит. Мне никогда не выбраться из этой дыры".

↓

Эмоция: грусть, безнадежность.

↓

Ситуация 2: замечает чувство печали.

↓

Автоматическая мысль: "Я ненавижу это чувство. Если бы я только мог принять дозу (кокаина)".

↓

Эмоция: тревога.

↓

Автоматические мысли: воспоминания о прекрасном чувстве, которое он испытал, когда впервые попробовал кокаин.

↓

Эмоция: взволнованность.

↓

Физиологическая реакция: тяга.

↓

Ситуация 3: осознает причиняющую неудобство тягу.

↓

Автоматическая мысль: "Я должен получить немного (кокаина). Один раз можно".

↓

Эмоция: облегчение.

↓

Поведение: отталкивает мысли, которые могут его удержать; получает кокаин, употребляет.

↓

Ситуация 4: через несколько часов осознает, что сделал.

↓

Автоматическая мысль: "Не могу поверить, что я это сделал. Я так слаб. Я никогда не смогу побороть это (наркоманию)".

↓

Усиление убеждений в отсутствии успеха и неспособности себя контролировать.

Рис. 2.5. *Сценарий субстанциональной зависимости*

Затем он вспоминает, как впервые принял кокаин и как замечательно себя почувствовал. Этот образ вызывает у него тягу, и он испытывает сильное желание употребить наркотик. Он думает: "Я должен достать немного порошка. Один раз не навредит". Затем Патрик активно обдумывает план приобретения кокаина, сосредоточив свое внимание на плане и отталкивая мысли, которые могут его удержать. Затем он реализовывает план, получает кокаин и употребляет его. Через несколько часов он снова чувствует себя ужасно. Его убеждение в неспособности контролировать себя усиливаются и предрасполагают к последующим срывам.

Клинический случай 3

У Памелы булимия – типичный паттерн переедания (рис. 2.6). Закончив вечернюю смену на заводе, где она работает, она приходит домой в пустую квартиру и пытается чем-то себя занять. "Наверное, надо постирать, – думает она, – хотя это совсем не то, чего мне на самом деле хочется". Она начинает думать о своей семье и друзьях – все они живут более чем в часе езды от нее. Памела ощущает себя одинокой и думает: "Я не могу вынести это (страдание)! Что же делать?" Она пытается читать журнал, но не может сосредоточиться. Она думает: "Еда успокоит меня. Я знаю, что сегодня съела достаточно, но я слишком расстроена. Ничего не могу с этим поделать".

Памела помнит о том, что в морозильнике есть мороженое. В ее сознании всплывают визуальный образ и приятные физические ощущения от поедания мороженого. Этот образ является триггером побуждения, и Памела испытывает сильное желание достать мороженое и съесть его. Она не отбрасывает голос рассудка, убеждающий ее не делать этого, и решает съесть мороженое. Приняв такое решение, она испытывает облегчение. Она достает из морозильника коробку и начинает есть мороженое. Памела говорит себе, что остановится после нескольких ложечек. Однако съев несколько ложек, она думает: "Я знаю, что должна остановиться, но я все еще слишком расстроена" – и продолжает есть. Она заглушает мысли, которые помогли бы ей сдержать такое поведение – на самом деле она пытается освободить свой разум от любых мыслей вообще. Почти в диссоциативном[5] состоянии она продолжает есть, пока мороженое не заканчивается. Затем она ищет себе еще еды. Основательно объевшись, она чувствует себя ужасно и физически, и эмоционально.

---

[5] Диссоциация (от лат. dissociatio – разделение) – психический механизм, защищающий от непереносимых эмоций, в результате которого человек ощущает чужеродность происходящего с ним. – *Примеч. ред.*

Ситуация 1: одна дома вечером.

↓

Автоматическая мысль: “Я должна заняться стиркой, но это не то, чего мне хотелось бы. На самом деле хорошо было бы оказаться с моей семьей и друзьями”.

↓

Эмоция: страдание от одиночества.

↓

Ситуация 2: осознает свое одиночество.

↓

Автоматическая мысль: “Я не могу вынести это! Что же делать?”

↓

Эмоция: тревога.

↓

Автоматическая мысль: “Еда успокоит меня”.

↓

Образ поедания мороженого.

↓

Физиологическая реакция: тяга.

↓

Автоматическая мысль: “Я знаю, что не должна, но не могу устоять”.

↓

Эмоция: облегчение.

↓

Поведение: берет мороженое. Съедает несколько ложек.

↓

Автоматическая мысль: “Я знаю, что должна остановиться, но я все еще слишком расстроена”.

↓

Поведение: отталкивает мысли, доедает коробку, продолжает ужин (состоящий из богатых жирами и углеводами продуктов).

Ситуация 3: физически чувствует себя плохо.

↓

Автоматические мысли и образ: “Какая же я дура. Зачем я это сделала?” (Представляет себя толстой, лопающейся от жира.)

Рис. 2.6. Сценарий булимии (начало)

↓

Эмоция: грусть, безнадежность, гнев на себя.

↓

Автоматическая мысль: "Это невыносимо. Надо сделать так, чтобы меня вырвало".

↓

Эмоция: частичное облегчение.

↓

Поведение: очищение желудка.

↓

Усиление убеждения в том, что она плохая, непривлекательная и не способна себя контролировать.

Рис. 2.6. Сценарий булимии (продолжение)

У нее возникает предельно гиперболизированный образ себя как обрюзгшей и страдающей ожирением. Она злобно обвиняет себя за то, что так слаба и вышла из-под контроля. Ее дисфория[6] усиливается, и она решается на очищение желудка.

Выводы

Клиенты склонны думать и вести себя последовательно в соответствии со своими убеждениями и копинг-стратегиями. Необходимо постоянно совершенствовать когнитивную концептуализацию, чтобы понимать, почему клиенты реагируют в определенных ситуациях именно таким образом, и выбирать самые важные проблемы, когниции и поведение, на которых необходимо сосредоточиться. Часть искусства когнитивной терапии заключается в разработке точных концептуализаций, особенно когда трудности клиентов достаточно серьезны, и в использовании этих концептуализаций для проведения лечения. Следующая глава, в которой описывается когнитивное формулирование расстройств личности, призвана помочь клиницистам быстрее выявлять подоплеку предшествующих и нынешних трудностей у клиентов с расстройствами по оси II.

[6] Дисфория (от греч. dysphoria — раздражение, досада) — расстройство настроения, проявляющееся в преобладании мрачного, угрюмого, злобно-раздражительного настроения. — *Примеч. ред.*



Когда лечение осложняется расстройством личности

Расстройства личности присутствуют не в каждом сложном случае, но у многих клиентов из них. Поэтому клиницисту будет полезным когнитивное формулирование каждого расстройства по оси II. DSM-IV-TR[7] (*American psychologist association, 2000*) полностью охватывает аффективные и поведенческие симптомы, присутствующие в различных психических расстройствах, включая расстройства личности. Однако когнитивным аспектам этих расстройств не уделяется достаточно внимания, хотя когнитивные факторы важны для их оценки и лечения. Последние данные показывают, что каждое расстройство личности сопровождается определенным набором связанных с ним убеждений (*Beck et al., 2001*). Понимание того, какими являются эти когниции для каждого из расстройств по оси II, помогает психотерапевтам быстро концептуализировать проблемы клиентов и принять решение о том, как наиболее эффективно осуществить интервенцию.

[7] С 2013 года действует новая редакция "Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам — DSM-5". — *Примеч. ред.*

Психотерапевты также могут использовать это понимание для диагностики проблем в терапевтических взаимоотношениях по мере их возникновения, изменяя при необходимости структуру, стиль и содержание своей интервенции. Конечно же, у большинства клиентов наблюдаются признаки более чем одного расстройства по оси II: они часто проявляют комбинацию убеждений и стратегий. Тем не менее примеры, приведенные в этой главе, могут быть полезным руководством для психотерапевта во время поиска смысла в сбивающем с толку массиве когниций, поведения и эмоциональных реакций клиентов с расстройствами личности.

В этой главе объясняется, как у людей развиваются расстройства личности. Для каждого расстройства по оси II описаны: убеждения клиентов о себе и других; их условные предположения; их чрезмерно и недостаточно развитые стратегии; их конкретные убеждения и поведение, которые могут препятствовать терапии. Каждое расстройство личности проиллюстрировано клиническим случаем. В главе 10 описано, как выявить убеждения клиентов, а в приложении Б представлен "Опросник личностных убеждений" (*Beck & J. Beck, 1995*), который можно использовать для определения и категоризации убеждений для каждого из расстройств по оси II. Для комплексного объяснения категоризации, теории, оценки и лечения расстройств личности читайте труд Миллон (*1996*).[8] Подробное описание применения когнитивной терапии для расстройств личности приведено в книге Бек и др. (*2004*).[9]

Как развиваются расстройства личности

Когнитивные терапевты рассматривают развитие расстройств по оси II как результат взаимодействия генетической предрасположенности индивида к определенным чертам личности и их раннего опыта. Истерический клиент, например, мог родиться с драматическим дарованием. Шизоидный клиент может быть склонным предпочитать изоляцию социальным контактам. Нарциссический клиент может стремиться быть конкурентоспособным. Значения, которые дети выносят из своего детского опыта — особенно из откровенно травматических событий или более неуловимого хронического отрицательного опыта, — может усилить выражение унаследованных тенденций такого рода.

---

[8] Millon, T., & Davis, R. D. (1996). Disorders of personality: DSM-IV and beyond (2nd ed.). New York: Wiley.

[9] Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). Cognitive therapy of personality disorders (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Клинический случай

Кейт — довольно застенчивая, неловкая и чувствительная. В детстве ее часто дразнили сверстники и критиковали родители. Она начала думать, что с ней что-то не так, что она непривлекательная и бесполезная. Эти идеи были довольно болезненными для нее, поэтому она пыталась избежать их активации. Кейт стала очень податливой во взаимодействии со своими родителями и другими авторитетными людьми, и старалась не привлекать их внимание, которое, как она предсказывала, окажется отрицательным. Она начала ограничивать контакты с одноклассниками и детьми по соседству, опасаясь, что, если она приблизится к ним, они будут недоброжелательны к ней.

Податливость Кейт вызвала дополнительную критику со стороны родителей, что, в свою очередь, усилило ее убежденность в своей бесполезности. Когда она все больше отдалялась от детей, они стали полностью ее игнорировать, что, в свою очередь, усилило ее убежденность в своей непривлекательности. (Ограниченность контактов с детьми препятствовала развитию у нее социальных навыков, которые другие дети приобрели благодаря многократным социальным взаимодействиям со сверстниками.) Ее избегающее поведение подкрепляло силу ее убеждений, что привело к преобладанию такого поведения, а это, в свою очередь, еще больше укрепляло ее убеждения в непрерывном порочном цикле.

Кейт также казалась предрасположенной испытывать отрицательные эмоции более интенсивно, чем другие. У нее сложилось убеждение, что она уязвима для дистресса, и она полагала, что буквально "развалится", если он усилится. Она сформировала дисфункциональные способы совладания со своими отрицательными эмоциями: избегать социальных контактов, избегать мыслей на гнетущие темы и не расстраивать себя.

Если Кейт продолжит использовать избегание в качестве основной стратегии, если она не сможет сформировать более функциональные способы совладания со своими отрицательными эмоциями и если ее глубинные убеждения в том, что ее не любят и не принимают, укрепятся, высок риск развития избегающего расстройства личности.

Клиенты могут быть также *положительно* подкрепляемы в своих стратегиях или их поведение может быть смоделировано другими людьми. У отца Джея были выраженные обсессивно-компульсивные черты. В детстве Джей постоянно наблюдал за перфекционизмом и сверхконтролирующим поведением своего отца. Кроме того, отец хвалил Джея

за содержание его комнаты в идеальном порядке и за получение исключительно наивысших баллов в школе (и не одобрял менее организованных и более непослушных сиблингов Джея). Джей сформировал ригидные убеждения о необходимости крайней упорядоченности, самоконтроля, высоких стандартов и перфекционизма, которые усиливали его врожденную склонность к такому поведению.

Чрезмерно и недостаточно развитые стратегии

Клиенты с расстройствами личности характеризуются наличием относительно небольшого набора поведенческих стратегий, которые они используют в разных ситуациях и даже на протяжении времени, когда эти стратегии явно дисфункциональны (*Beck et al., 2004*). Они формируют эти стратегии как способ совладать со своими чрезвычайно отрицательными глубинными убеждениями. До лечения большинство клиентов с расстройствами по оси II не имеют большого выбора в копинг-поведении, которое они задействуют. Они просто не освоили широкий спектр стратегий и, следовательно, имеют недостаточный репертуар поведения, из которого следует выбирать в зависимости от ситуации (*J. Beck, 1997*).

Терапевтически важно не рассматривать стратегии, которые используют люди, как "хорошие" или "плохие". Скорее, они более или менее *адаптивны* в отношении ситуации и их целей. Здоровые личности могут эффективно использовать разнообразные стратегии. Например, уместно быть сверхбдительным, когда находишься в опасном районе города; зависеть от своей семьи и друзей, когда болеешь; быть конкурентным, когда делаешь карьеру; обращать внимание на детали и подробности, когда заполняешь налоговую декларацию. Напротив, дезадаптивно проявлять паранойяльность по отношению к своим надежным друзьям; чрезмерно зависимым от партнера только для того, чтобы он чувствовали себя лучше; соревноваться со своими детьми; драматизировать, вызывая неотложную медицинскую помощь.

Как будет указано ниже, существует небольшое количество чрезмерно развитых стратегий, характерных для каждого расстройства личности (*Beck et al., 2004; Pretzer & Beck, 1996*). Эти стратегии могли быть или не быть относительно адаптивными, когда они впервые сформировались, но они неизменно приводят к значительным трудностям позже, когда люди компульсивно прибегают к такому поведению и неспособ-

ны использовать другие, более адаптивные подходы. Клиенты часто используют эти стратегии как вне психотерапии, так и на терапевтических сессиях. Например, клиент, который сверхбдителен к вреду от окружающих, может также быть подозрительным насчет своего психотерапевта.

Такие характерные копинг-стратегии могут создавать трудности для психотерапевтов. Когда клиенты проявляют дисфункциональное поведение на сессиях, психотерапевты должны понимать, что такое их поведение, вероятно, связано с трудными (часто травмирующими) жизненными обстоятельствами и категоричными, негативными глубинными убеждениями. Такая позиция позволяет психотерапевтам относиться к клиентам более положительно, проявлять эмпатию и самим вести себя более адаптивно.

Для психотерапевтов крайне важно оценить диапазон и ригидность стратегий клиентов как важной составляющей общей концептуализации, чтобы сформировать реалистичные ожидания и направлять их лечение. Например, было бы необоснованно ожидать от клиента с нарциссическим расстройством личности, чтобы он внезапно избавился от своей надменности и требовательности уже в начале психотерапии. Клиент с выраженными пассивно-агрессивными чертами вряд ли сможет выполнять стандартные домашние задания в начале лечения.

Неспособность распознать недостаточно развитые навыки может привести психотерапевта к тому, чтобы побуждать клиентов изменяться до того, как они окажутся в состоянии это сделать. Как показано ниже, такая терапевтическая ошибка может иметь значительные последствия.

Клинический случай

Мэгги — 19-летняя женщина с умеренной депрессией, зависимым и избегающим расстройствами личности. Она жила с родителями. Ее психотерапевт точно концептуализировал, что депрессия Мэгги усиливается под влиянием частой критики со стороны ее родителей. Когда психотерапевт узнал, что ее старшая сестра, Джен, более доброжелательная и отзывчивая, хотела предоставить ей приют, он предложил, чтобы Мэгги переехала в дом Джен.

В то время как Джен была сама доброжелательность и отзывчивость, ее муж был резким и прямолинейным, и поэтому настаивал на том, чтобы Мэгги принимала новые вызовы (например, бывала в обществе сверстников, искала лучшую работу и заботилась о своих финансах). Мэгги была плохо подготовлена, чтобы справиться с этим. На тот

момент она была неспособна принимать решения, решать проблемы, завязывать разговоры (и в еще меньшей мере — новые отношения), управлять своими финансами и быть устойчивой к отрицательным эмоциям.

Не имея возможности справиться с этими требованиями, Мэгги становилась все более тревожной. Ее убеждения в своей некомпетентности и бесполезности значительно активировались, а депрессия усилилась. Она начала чувствовать полную безнадежность в отношении того, что когда-либо сможет вести счастливую, нормальную жизнь, и впервые начала серьезно рассматривать возможность самоубийства.

Когнитивные профили конкретных расстройств по оси II

Расстройства личности приведены ниже в порядке, соответствующем их распространенности (*Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001*), наряду с соответствующим набором убеждений (о себе и людях), условными предположениями, чрезмерно и недостаточно развитыми стратегиями, а также когнициями и поведением, препятствующими терапии. Каждое расстройство личности иллюстрируется клиническим случаем.

Истерическое расстройство личности

Убеждения о себе

"Я — ничтожество" (активируется, когда окружающие невнимательны или неодобрительны).

(Кроме того, "Я — замечательный, особенный" (активируется, когда другие люди положительно реагируют на клиента).)

Убеждения о других людях

"Мне нужно произвести впечатление на людей, чтобы получить их заботу".

Условные предположения

"Если я развлекаю людей, то я им нравлюсь (но если нет, они игнорируют меня)".

"Если я драматизирую, то мои потребности замечают (но если я не буду этого делать, то не получу то, что мне необходимо от людей)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Быть излишне драматичным.

Выделяться в манере одеваться, действовать и говорить.

Развлекать людей.

Нуждаться в лести.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Быть спокойным, покорным.

Не выделяться.

Придерживаться разумных стандартов, оценивая поведение окружающих по отношению к себе.

Взвешенные действия в рамках нормального поведения.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я буду развлекать своего психотерапевта, то понравлюсь ему".

"Если я буду драматизировать свои проблемы, мой психотерапевт захочет мне помочь".

"Если я буду вести себя «нормально» во время лечения, то буду «среднестатистическим» и скучным".

Поведение, препятствующее терапии

Создание драматического впечатления.

Развлекающая манера разговора.

Заманчивые действия.

Потребность в лести.

Избегание домашних заданий, которые заставляют клиента чувствовать свою заурядность.

Клинический случай

Будучи маленьким ребенком, Тиффани была центром жизни своих родителей, а также бабушек и дедушек. Она была очень обаятельной и общительной. Ей нравилось всех развлекать. Но повышенное положительное внимание, признание и особое отношение, которые она получала, сократились в одночасье, когда ей исполнилось восемь лет и родился ее брат с серьезными проблемами со здоровьем. Ее родители, обремененные заботой об очень больном ребенке, критиковали ее за требование внимания. Тиффани прошла путь от убеждения в том, что она была самой особенной и драгоценной маленькой девочкой в мире, к убеждению в том, что она "ничтожество".

Чувства эмоциональной депривации и игнорирования были достаточно болезненным для Тиффани, поэтому она сформировала стратегии, чтобы попытаться восстановить чувство своей особенности. Она начала пытаться вызвать интерес других людей, как только могла: посредством драматической речи и эмоциональных реакций, художественных начинаний, таких как пение и актерская игра в школьных постановках, а несколько лет спустя — путем манеры одеваться и говорить и участия в конкурсах красоты. Она считала, что может быть счастлива только тогда, когда люди обращают на нее внимание и обращаются с ней особенным образом. Тиффани также была предрасположена испытывать более интенсивные эмоции, чем окружающие. По сравнению со многими людьми, она ощущала более высокие "взлеты", когда ее хвалили или не чаяли в ней души, но также и гораздо более низкие "падения", когда такого не происходило.

В начале лечения Тиффани пыталась использовать свои обычные стратегии, развлекая своего психотерапевта, потчуя ее рассказами, минимально связанными с ее актуальными проблемами, и делая ей подарки.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности

Убеждения о себе

"Я уязвим для плохих вещей, которые происходят".

"Я ответствен за предотвращение боли".

Убеждения о других людях

"Другие люди слабые, безответственные, легкомысленные".

Условные предположения

"Если я приму на себя ответственность за все, то буду в порядке (но, если я буду зависеть от людей, они подведут меня)".

"Если я создам и буду поддерживать порядок для себя и других людей и сделаю все идеально, мой мир будет в порядке (но, если я этого не сделаю, все развалится)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Строгий контроль себя и других людей.

Создание необоснованных ожиданий.

Принятие на себя слишком большой ответственности.

Стремление к совершенству.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Делегирование полномочий.

Разработка гибких ожиданий.

Применение контроля только при необходимости.

Толерантность к неопределенности.

Спонтанные и импульсивные действия.

Поиск веселых и приятных занятий.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я не буду исправлять своего психотерапевта и говорить только то, что ему нужно знать, то он не сможет мне помочь ".

"Если я не буду идеально выполнять свои терапевтические домашние задания, то психотерапия не сработает".

"Если я снижу свои ожидания в отношении себя и других людей, то произойдут плохие вещи".

Поведение, препятствующее терапии

Попытки контролировать терапевтические сессии.

Попытки предоставить предельно точную информацию.

Сверхчувствительность к отсутствию понимания со стороны психотерапевта.

Чрезмерное проведение времени и щепетильность при выполнении домашних заданий.

Сопротивление заданиям, в которых нужно быть спонтанным и делегировать ответственность.

Клинический случай

Деннис — старший из пяти детей, родители которых были алкоголиками. С раннего возраста он чувствовал себя уязвимым, считая окружающих непредсказуемыми и безответственными. Его мир казался хаотичным. Деннис вскоре узнал, что, если он примет роль взрослого, его мир станет несколько безопаснее. Это стало вполне адаптивным для Денниса — контролировать свои эмоции, разрабатывать правила и системы для упорядочения домашнего хозяйства, быть чрезмерно ответственным за себя и своих младших сиблингов.

Эти стратегии также хорошо ему послужили в зрелом возрасте, когда он работал на себя в качестве программиста. Однако, к сожалению, он никогда не мог развить здоровые отношения с женщинами. Стратегии,

которые так хорошо ему служили как ребенку, а затем на работе, укоренились настолько, что Деннис не смог освоить уравновешивающие стратегии: как делегировать ответственность, как быть гибким в своих ожиданиях и правилах для себя и других, как быть беззаботным и импульсивным, как развлекаться. Женщины неизменно находили его слишком серьезным, чрезмерно ответственным, ригидным и склонным к перфекционизму.

Его психотерапевт вскоре обнаружила, что обсессивно-компульсивные черты Денниса также препятствуют терапии. Деннис пытался контролировать терапевтические сессии, действуя вопреки осторожным попыткам психотерапевта его прервать. Он предоставлял слишком подробные отчеты о своих трудностях, чтобы психотерапевт могла в точности его понять. И он не мог избегать перфекционизма при выполнении терапевтических домашних заданий.

Пассивно-агрессивное расстройство личности[10]

Убеждения о себе

"Я поддаюсь контролю со стороны людей".

"Меня неправильно понимают и недооценивают".

Убеждения о других людях

"Другие люди властные, настойчивые, требовательные".

"У них есть необоснованные ожидания на мой счет".

"Они должны оставить меня в покое".

Условные предположения

"Если люди меня контролируют, значит, я слаб".

"Если я уклонюсь от контроля (например, внешне соглашаясь, но саботируя указания окружающих), люди не смогут контролировать меня (но, если я буду открыто отстаивать свои права, это не сработает)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Притворное сотрудничество.

Избегание отстаивания своих прав, конфронтации и прямого отказа.

Пассивное сопротивление внешнему контролю.

Сопротивление принятию ответственности.

Сопротивление тому, чтобы оправдать ожидания людей.

---

[10] Из DSM-III-R (APA, 1987).

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Сотрудничество.

Принятие разумной ответственности за себя и других.

Прямое решение межличностных проблем.

Убеждения, препятствующие терапии

“Если я сделаю то, что просит мой психотерапевт, это будет означать, что он контролирует ситуацию, а я слаб”.

“Если я буду прямо отстаивать свои права перед моим психотерапевтом, он усилит свой контроль”.

“Если у меня будет прогресс на протяжении психотерапии, люди будут ожидать от меня слишком многого”.

Поведение, препятствующее терапии

Совместное обсуждение домашних заданий, но их невыполнение.

Пассивность при решении проблем.

Внешнее согласие с психотерапевтом при внутреннем сопротивлении ее словам.

Клинический случай

Клэр была сверхчувствительна к контролю, даже когда была в начальной школе. Она была очень обеспокоена, когда авторитетные фигуры (например, родители, учителя, другие взрослые) говорили ей, что делать, особенно если она рассматривала задания как сложные или неприятные. По иронии судьбы она позже вышла замуж (потому что забеременела) за человека, который был склонен к сверхконтролю. Когда он составлял для нее списки необходимых дел (свести баланс по чековой книжке, использовать купоны в бакалейной лавке, навести порядок в шкафах), она обещала их выполнить, но редко доводила дело до конца. Когда он занимался воспитанием их сына, она находила способы, как подорвать у ребенка авторитет отца. Клер нравилось сочетать роль домохозяйки с неполной занятостью на работе, хотя ни на одном месте она не могла продержаться более нескольких месяцев или даже недель, поскольку не оправдывала ожиданий руководства.

Убеждения Клэр в том, что она слаба и что она всегда будет под чьим-то контролем, активировались в психотерапии, и она демонстрировала свое характерное поведение, например, соглашаясь выполнять домашние задания, но затем не доводя дело до конца. Она постоянно подтверждала правильность гипотез своего психотерапевта независимо от того, соглашалась ли она с ними в действительности.

Пограничное расстройство личности

Убеждения о себе

"Я плохой, бесполезный".

"Я нелюбимый, неполноценный".

"Я беспомощный, не в состоянии себя контролировать".

"Я некомпетентный".

"Я слаб и уязвим".

"Я жертва".

Убеждения о других людях

"Люди сильные".

"Люди могут причинить мне вред".

"Люди превосходят меня".

"Люди отвергнут меня и бросят".

Условные предположения

"Если я буду избегать испытаний, я буду в порядке (но, если я приму вызов, я потерплю неудачу)".

"Если я буду зависеть от людей, я буду в порядке (но, если я этого не сделаю, я не выживу)".

"Если я делаю все, чего хотят от меня люди, то они могут остаться со мной на некоторое время (но, если я их огорчу, они откажутся от меня)".

"Если я буду сверхбдительным к вреду от людей, я смогу защитить себя (но, если я таким не буду, мне сделают больно)".

"Если я накажу других, когда я расстроен, то смогу почувствовать себя более могущественным и, возможно, контролировать их будущее поведение (но, если я этого не сделаю, я почувствую себя слабым и они смогут снова причинить мне боль)".

"Если я отключу свои отрицательные эмоции, я буду в порядке (но, если я этого не сделаю, я развалюсь)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Недоверие к людям.

Обвинение людей.

Избегание испытаний.

Зависимость от окружающих.

Чрезмерное подчинение себя окружающим или доминирование над ними.

Избегание отрицательных эмоций.

Аутоагрессия при интенсивных эмоциях.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Уравновешивание своих и чужих потребностей.

Приписывание поступкам людей благих намерений.

Доверие к людям.

Самоуспокоение.

Решение межличностных проблем.

Устойчивость в трудной деятельности.

Убеждения, препятствующие терапии

"Мне станет лучше и я выживу, если буду полностью зависеть от своего психотерапевта".

"Если я доверяю своему психотерапевту, он в конечном итоге откажется от меня и бросит, поэтому, возможно, мне первому следует его отвергнуть ".

"Если я сосредоточусь на решении проблем, это не сработает, и в конечном итоге я почувствую себя только хуже".

Поведение, препятствующее терапии

Пренебрегать психотерапевтом.

Чрезмерно полагаться на психотерапевта, чтобы чувствовать себя в безопасности.

Совершать слишком много экстренных звонков между сессиями.

Требовать от психотерапевта предоставления исключительных прав.

Клинический случай

Мать Джун умерла, когда той было шесть лет. Естественно, она чувствовала себя опустошенной. После смерти матери ей было не к кому обратиться, и она так и не оправилась от этой потери. Ее отец был невнимательным и жестким. Она начала верить своему отцу после его неоднократных заявлений о том, что она плохая и никчемная. Она очень боялась, ожидая, что ее отец будет продолжать причинять ей

боль или может покинуть ее; также она ожидала, что другие люди сделают то же самое. Джун была относительно необщительной и отстраненной как дома, так и в школе. Она отказывалась от помощи учителей и соседей, когда те предлагали ее. Будучи подростком, Джун впервые установила дружеские отношения, но с непредсказуемыми подростками, которые употребляли наркотики и принадлежали к "контркультуре" в своей речи, поведении и манере одеваться. Она становилась все более и более сердитой на своего отца и при поддержке своих друзей стала часто сбегать из дому.

Начав курс лечения от субстанциональной зависимости и депрессии, Джун была убеждена, что ее психотерапевт причинит ей вред. Более того, у нее уже был опыт травматической терапии, когда психотерапевт воспользовался ее уязвимостью и сексуально ее совратил. Она боялась, что ее нынешний психотерапевт также будет лгать ей и манипулировать ею. С другой стороны, Джун скоро стала чрезмерно зависимой от своего психотерапевта, считая его своим единственным спасательным кругом. Она очень рассердилась, когда он попытался установить границы при контактах с ней вне сессий и вовремя завершать сессии. Она обвинила его в том, что он не заботится о ней, и начала опаздывать на сессии.

Зависимое расстройство личности

Убеждения о себе

"Я неспособный".

"Я слаб".

"Я нуждаюсь в людях, чтобы выжить".

Убеждения о других людях

"Другие – сильные и способные".

Условные предположения

"Если я буду зависеть от людей, я буду в порядке (но, если я буду полагаться на себя – принимать решения, пытаться решить проблемы, – я потерплю неудачу)".

"Если я подчинюсь людям, они позаботятся обо мне (но, если я огорчу их, они не будут этого делать)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Полагаться на людей.

Избегание принятия решений.

Избегание самостоятельного решения проблем.

Попытки осчастливить людей.

Подчинение себя другим.

Мягкость и покорность.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Самостоятельное решение проблем.

Принятие решений.

Отстаивание своих прав перед другими людьми.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я самостоятельно попытаюсь применить свои навыки, то потерплю неудачу".

"Если я буду отстаивать свои права, то люди отстранятся от меня".

"Если я прекращу психотерапию, то я не смогу справиться с жизнью".

Поведение, препятствующее терапии

Полагаться на психотерапевта, чтобы решить свои проблемы, и перекладывать на него ответственность за решение.

Пытаться угодить психотерапевту.

Сопротивляться выполнению домашних заданий, которые включают отстаивание своих прав.

Клинический случай

Шейла была робким и боязливым ребенком. Даже когда ее просили выполнять посильные задания, она часто чувствовала себя ошарашенной и смущенной и просила гораздо больше помощи, чем ей реально было необходимо. В конце концов, она начала считать себя совершенно неспособной к чему-либо. Ее мать, считая дочь немного ненормальной, позволила Шейле в большой степени полагаться на нее и не поощряла ее независимость. Шейла стала искусной в том, чтобы просить людей о помощи, поощрять их принимать решения вместо нее и избегать конфликтов. Она обнаружила, что если она подчиняет свои желания окружающим, то они позволяют ей цепляться за них.

Шейла могла эффективно использовать эти стратегии, пока жила со своей овдовевшей матерью. Однако когда ее мать снова вышла замуж, отчим стал настаивать на том, чтобы Шейла, которой теперь испол-

нился 21 год, съехала из родительского дома. Она не знала, как самостоятельно о себе заботиться, принимать решения и отстаивать свои права. Ей пришлось найти работу, чтобы оплачивать счета. Ее тревога становилась все сильнее, и у нее развилось генерализованное тревожное расстройство.

Хотя зависимость изначально обусловила ее терапевтическую податливость (поскольку она стремилась угодить своему психотерапевту), Шейла испытывала большие трудности в том, чтобы принимать на себя ответственность за решение проблем, и боялась прекратить отношения со своим психотерапевтом даже после того, как была достигнута ремиссия.

Избегающее расстройство личности

Убеждения о себе

"Я нелюбимый, неприемлемый, неполноценный, плохой".

"Я уязвим для отрицательных эмоций".

Убеждения о других людях

"Люди превосходят меня, могут критиковать и отвергнуть".

Условные предположения

"Если я притворюсь, что я в порядке, то люди примут меня (но, если я покажу себя настоящего, они меня отвергнут)".

"Если я все время буду угождать людям, то буду в порядке (но, если я их огорчу, они причинят мне боль)".

"Если я буду использовать тактику (когнитивного и поведенческого) избегания, то буду в порядке (но если я позволю себе испытать отрицательные эмоции, то со мной все будет плохо)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Избегание социальных ситуаций.

Избегание того, чтобы привлекать к себе внимания.

Избегание самораскрытия перед людьми.

Недоверие к людям.

Избегание отрицательных эмоций.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Сближение с людьми.

Приписывание поступкам людей благих намерений.

Естественное поведение среди людей.

Поиск близости.

Размышления о расстраивающих ситуациях и проблемах.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я доверюсь очевидной заботе и состраданию моего психотерапевта, то мне причинят боль".

"Если во время психотерапии я сосредоточусь на проблемах, то буду чувствовать себя слишком ошарашенным".

"Если я расскажу об отрицательных моментах моей истории и переживаний, мой психотерапевт осудит меня".

"Если я попытаюсь работать над достижением межличностных целей, то меня отвергнут".

"Если я буду обоснованно отстаивать свои права, то люди не будут любить меня".

Поведение, препятствующее терапии

Создание ложного фасада перед психотерапевтом.

Избегание самораскрытия.

Изменение темы разговора, испытав дистресс во время сессии.

Сопротивление выполнению домашних заданий, которые могут привести к дистрессу.

Клинический случай

Эрин выросла в трудных условиях. Ее отец отказался от семьи, когда Эрин была малышкой. На протяжении всего детства мать Эрин постоянно обвиняла ее в его уходе. Ее мать была холодной и унижала ее. Эрин стала считать себя непривлекательной и недостойной. Она предположила, что если люди действительно ее узнают, то станут критиковать и отвергнут, потому что она столь непривлекательна. Она считала, что никогда не получит любви и близости, которые ей так необходимы, если покажет людям себя настоящую.

Эрин разработала стратегию избегания. Она избегала социальных ситуаций везде, где только могла: она избегала общаться с одноклассниками, громко и четко отвечать на уроках, привлекать к себе внимание и много рассказывать о себе. Также она была сверхчувствительной к критике со стороны окружающих и зачастую воспринимала их нейтральные реакции как крайне отрицательные.

Эрин также чувствовала себя крайне уязвимой к отрицательным эмоциям. Она боялась того что, если позволит себе испытать глубокую дисфорию, то буквально развалится. Поэтому она избегала отрицательных эмоций, не только избегая потенциально расстраивающих ситуаций, но даже *мыслей* об угнетающих вещах. Она также обнаружила, что алкоголь помогает облегчить боль одиночества и депрессию. Ее стратегии когнитивного, эмоционального и межличностного избегания способствовали возникновению трудноразрешимых проблем, когда она еще в ранней молодости лечилась от алкогольной зависимости.

Параноидное расстройство личности

Убеждения о себе

"Я слаб и уязвим (и поэтому должен быть настороже или предпринимать упреждающие выпады)".

Убеждения о других людях

"Люди причинят мне боль".

Условные предположения

"Если я буду сверхбдителен, то могу уловить признаки (межличностной) опасности (но, если я не начеку, я их не увижу)".

"Если я предположу, что люди ненадежны, то я смогу защитить себя (но, если я буду доверять людям, они причинят мне боль)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Сверхчувствительность к боли.

Никому не доверять.

Предполагать скрытые мотивы.

Ожидание манипулирования, использования, унижения со стороны окружающих.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Доверять людям.

Расслабляться.

Сотрудничать.

Предполагать добрые намерения.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я буду доверять своему психотерапевту, то он причинит мне боль".

"Если в психотерапии я не буду начеку, то мне навредят".

Поведение, препятствующее терапии

Отвержение проявлений заботы со стороны психотерапевта.

Отклонение альтернативных объяснений поведения других людей.

Сопротивление домашним заданиям, в которых необходима близость в отношениях с каким-то человеком.

Клинический случай

Джон еще в раннем детстве разработал стратегию сверхбдительности к вреду. Начиная с трех лет он жил у разных приемных родителей, и некоторые из них физически и эмоционально его оскорбляли. Он считал себя уязвимым для людей. Фактически в определенных ситуациях подозрительность к мотивам людей и недоверие к их словам были для него довольно адаптивными. К сожалению, Джон стал воспринимать *каждого* как потенциально опасного. Он был не способен различать людей, которые могли причинить ему боль, и тех, кто не сделал бы этого.

У Джона развилось биполярное расстройство, когда ему было 20 лет с небольшим. Начав когнитивную терапию в 40 с небольшим лет, он был весьма недоверчив по отношению к своему психотерапевту. Он отказывался принимать предписанные медикаменты, раскрывать что-то о себе, уклончиво отвечал на основные вопросы и с большой неохотой отслеживал свои мысли, настроение и поведение. Он предполагал, что если будет доверять своему психотерапевту, то она ему навредит.

Антисоциальное расстройство личности

Убеждения о себе

"Я — потенциальная жертва (поэтому моя единственная действенная альтернатива — самому быть мучителем)".

"«Нормальные» правила ко мне не относятся".

Убеждения о других людях

"Люди будут пытаться контролировать, манипулировать или использовать меня".

"Мне нужны люди для того, чтобы использовать их в своих интересах".

Условные предположения

"Если я первым манипулирую людьми или атакую их, то буду хозяином положения (но, если я не буду этого делать, они смогут раздавить меня)".

"Если я буду действовать враждебно и сильно, то смогу делать то, что захочу (но, если я этого не сделаю, люди будут пытаться меня контролировать)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Лживость.

Манипулирование или использование людей.

Угрозы или нападки на людей.

Сопротивление контролю со стороны людей.

Импульсивность поступков.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Сотрудничество с другими людьми.

Следование социальным правилам.

Учет последствий.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я буду доминировать над моим психотерапевтом, то он не сможет меня контролировать".

"Если я соглашусь с моим психотерапевтом, это будет означать, что он сильный, а я слабак".

"Если я скажу правду, она приведет к отрицательным последствиям".

"Если я вовлекусь в лечение, то не смогу делать то, что хочу".

Поведение, препятствующее терапии

Попытки запугать психотерапевта.

Лгать психотерапевту.

Попытки манипулировать психотерапевтом.

Сообщать исключительно о поверхностных и незначительных фактах, обстоятельствах и переживаниях, если вообще сообщать.

Клинический случай

Микки вырос в неблагополучной семье. Его мать была наркозависимой и ее поведение варьировало от пренебрежения до физического насилия над своими детьми. Маленьким ребенком Микки был тревожным. Он чувствовал себя слабым и уязвимым. В возрасте восьми лет он обнаружил, что, избивая младшего брата, может почувствовать свою силу и превосходство. Затем он начал охотиться на более слабых детей по соседству. В 12 лет у него развилась наркотическая зависимость. Он и группа его друзей занимались мелким воровством и вырыванием кошельков. К 14 годам Микки работал на наркоторговцев, а позже и сам стал дилером.

Микки категорически не принимал лечения. Условием его условно-досрочного освобождения (он был признан виновным в продаже наркотиков) было принудительное прохождение им психотерапии. С самого начала он лгал своему психотерапевту (особенно в отношении наркотиков и воровства), опаздывал на сессии и казался только поверхностно включенным в терапевтический процесс.

Шизотипическое расстройство личности

Убеждения о себе

"Я иной".

"У меня особые способности".

"Я уязвим".

Убеждения о других людях

"Люди не поймут меня".

"Люди отвергнут меня".

"Люди причинят мне боль".

Условные предположения

"Если я буду преследовать «необычные» интересы, такие как оккультизм, то буду отличаться от людей особенным образом (но, если я этого не сделаю, буду отличаться только своей патологией)".

"Если я буду сверхбдительным к вреду, то смогу защитить себя от остальных (но, если я не буду таким, мне причинят боль)".

"Если я отстранюсь от людей, то буду в порядке (но, если я приближусь к ним, мне причинят боль)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Преследование эксцентричных интересов.

Подозрительность по отношению к людям.

Отстраненность от людей.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Доверие к людям.

Поиск взаимодействия с людьми.

Поиск рациональных объяснений своих необычных переживаний.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если я буду доверять своему психотерапевту, то он причинит мне боль".

"Если мое «шестое чувство» говорит мне, что что-то правильно, то это должно быть так".

Поведение, препятствующее терапии

Сопротивление альтернативным объяснениям событий.

Избегание полного самораскрытия перед психотерапевтом.

Поиск признаков причинения вреда со стороны психотерапевта.

Клинический случай

Хэнк всегда казался странным. Даже в детстве он выглядел нестандартно. Дети в школе и по соседству глумились над ним и высмеивали его, укрепляя его убежденность в своей "инаковости". В свою очередь, это привело его к отстранению от людей. Будучи подростком, Хэнк увлекся оккультизмом. Он полагал, что у него есть "шестое чувство", и всегда прикрывал голову капюшоном. Он учился предсказывать будущее посредством осмысления скрытого значения повседневных событий. У него не было настоящих друзей, и большая часть его социального взаимодействия осуществлялась через Интернет, где он связывался с людьми, увлеченными оккультизмом, через чаты и электронную почту. Окружающие продолжали избегать его вследствие его эксцентричности. Такое неприятие вкупе с его добровольной изоляцией означало, что у Хэнка нет опыта нормального взаимодействия с людьми и возможностей развивать соответствующие социальные навыки.

Хэнк сопротивлялся психотерапии. Он был хронически тревожным и дисфоричным, опасался устанавливать цели, вовлекаться в деятельность, которая могла бы улучшить его жизнь, особенно в такую, кото-

рая требовала взаимодействия с людьми. Он чувствовал себя крайне уязвимым и в начале лечения не доверял своему психотерапевту, полагая, что она может причинить ему вред.

Шизоидное расстройство личности

Убеждения о себе

"Я иной, не такой, как все; я не вписываюсь в привычные рамки".

Убеждения о других людях

"Люди меня не любят".

"Люди навязчивы".

Условные предположения

"Если я буду избегать контактов с людьми, то они меня не будут беспокоить (но, если я вступлю в контакт с ними, они сочтут меня неполноценным)".

"Если я буду избегать отношений, то буду в порядке (но, если я сближусь с людьми, они будут слишком навязчивыми)".

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Избегание контактов с людьми.

Отказ от близости.

Вовлеченность в одиночные занятия.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Обладание обычными социальными навыками.

Доверие к людям.

Убеждения, препятствующие терапии

"Если мой психотерапевт проявит заботу и эмпатию, то я почувствую себя слишком неловко".

"Если я установлю цели, то мне придется изменить свою (изолированную) жизнь, и мне будет хуже".

Поведение, препятствующее терапии

Мало говорить, избегать самораскрытия.

Избегать устанавливать цели, которые могут улучшить жизнь.

Сопротивляться домашним заданиям, которые предусматривают межличностные контакты.

Клинический случай

Ли всегда был одиночкой. Его семья, учителя и сверстники характеризовали его как неприспособленного к жизни. Ли редко, если вообще когда-либо, искал социальные контакты. Он, казалось, не испытывал удовлетворения от социального взаимодействия, привычного для большинства детей и взрослых. Его поведенческая стратегия помогала ему избегать чувства беспокойства, которое неизменно возникало, когда он взаимодействовал с людьми. Ему было гораздо более комфортно в одиночных занятиях: строить модели, играть в компьютерные игры, смотреть телевизор. Будучи ребенком, он не был несчастным, но чувствовал себя отличающимся и несколько неполноценным.

В возрасте ранней взрослости Ли покинул родительский дом и брался за работу, такую как ночной охранник, которая не предполагала частых контактов с людьми. Он все больше и больше осознавал, что его стремление к взаимодействию другими людьми и отношениям с ними было намного ниже, чем у большинства людей, фактически оно почти отсутствовало как таковое. Он чувствовал себя опустошенным и не был способен испытывать чувство удовлетворенности. Его жизнь продолжала вращаться вокруг работы и одиночных занятий.

Начав лечение от депрессии, Ли испытывал трудности в установлении целей. Несмотря на дисфорию его единственной целью было избавиться от упреков матери, которая пыталась заставить его искать хорошую работу и завести друзей. Он испытывал тревогу, когда его психотерапевт демонстрировала заботливое, эмпатическое отношение и когда задавала слишком много вопросов о его мыслях и эмоциях.

Нарциссическое расстройство личности

Убеждения о самости

"Я плохой, ничтожество, кусок мусора" (активируется при осознании игнорирования или критики со стороны людей).

(Также, "я лучше всех" (активируется, когда клиент получает особенное отношение или похвалу от людей).)

Убеждения о других людях

"Люди доминируют, причиняют мне ущерб, унижают".

(Также "другие хуже" (активируется, когда клиент воспринимает людей как менее успешных, чем он сам).)

Условные предположения

“Если я продемонстрирую свое превосходство, то буду чувствовать себя намного лучше (но, если я этого не сделаю, буду чувствовать себя невыносимо плохо)”.

“Если люди относятся ко мне особенно, это показывает, что я превосхожу их (но, если они этого не делают, я должен их наказывать)”.

“Если я контролирую или унижаю людей, то чувствую себя выше их (но, если я этого не делаю, они унижают меня и заставляют чувствовать себя ничтожеством)”.

Чрезмерно развитые копинг-стратегии

Требование особенного отношения со стороны людей.

Сверхбдительность к наименьшему умалению (и даже “нормальному” отношению) со стороны людей.

Наказание других людей при малейших признаках пренебрежения или унижения с их стороны, дисфоричность.

Критика и унижение окружающих людей, постоянные попытки с ними соревноваться и их контролировать.

Попытки произвести впечатление материальными благами, достижениями или близостью на людей с высоким статусом.

Недостаточно развитые копинг-стратегии

Сотрудничество с людьми для достижения общей цели.

Последовательные усилия ради достижения личных целей.

Терпимость к неудобствам, разочарованиям, отсутствию признания.

Соответствие ожиданиям людей без большой выгоды для себя самого.

Убеждения, препятствующие терапии

“Если я не буду бдительным, то мой психотерапевт меня унизит”.

“Если я не произведу впечатление своим превосходством, то мой психотерапевт подумает, что я недостойный”.

“Если я не накажу моего психотерапевта за то, что он заставляет меня чувствовать свое унижение, то он будет делать это снова и снова”.

“Если я не буду оказывать сильное давление, то ко мне не будут относиться особым образом”.

Поведение, препятствующее терапии

Попытки произвести впечатление на психотерапевта.

Требование предоставления особых прав.

Снисходительное отношение к психотерапевту.

Наказание психотерапевта (посредством критических и ехидных замечаний), когда чувствует проявление пренебрежительного равнодушия.

Несогласие с домашними заданиями, которые предлагает психотерапевт.

Клинический случай

Отец Брэда оказал значительное отрицательное влияние на сына, пока тот рос. Будучи чрезвычайно нарциссичным, отец постоянно указывал на собственные достижения; требовал, чтобы считались со всеми его потребностями и просьбами, и остро критиковал Брэда за то, что тот не был "яблоком от яблоньки". Несмотря на то что Брэд был достаточно ярким, он никогда не мог соответствовать стандартам отца и развил убеждение в своей бесполезности. Вскоре он научился имитировать поведение отца среди людей и чувствовал себя лучше, когда мог убедить себя и окружающих в своем превосходстве. Он постоянно хвастался собой, требовал предоставления особых прав и замечал слабости окружающих. С другой стороны, он был сверхчувствительным и достаточно интенсивно реагировал, когда люди игнорировали его или не относились к нему особым образом.

Будучи взрослым, Брэд применял свои нарциссические стратегии на работе. Сотрудникам небольшой сантехнической компании, которой он владел, приходилось либо терпеть его нарциссическое поведение, либо искать другую работу (как это делали многие). Его жена и ребенок также несли на себе бремя его постоянного бахвальства, необоснованных претензий и частых унижений. В возрасте 65 лет Брэд продал свою компанию, вышел на заслуженный отдых и начал проводить гораздо больше времени дома. Его жена, которая уже не могла постоянно терпеть его несносное поведение, разъехалась с ним, а его взрослый сын, который благодаря отцу вырос достаточно отчужденным, не хотел иметь с ним ничего общего. Таким образом, он оказался без работы и отношений. Выяснилось, что его бывшие друзья до этого предпочитали общаться с ним исключительно в семейном формате и не хотели далее терпеть его хамство и эгоизм. Несмотря на то что Брэд стал не-

сколько депрессивным, он не начал лечение своей дисфории. Он пришел в психотерапию только потому, что его жена в противном случае угрожала ему разводом.

Брэд был "трудным" клиентом. Его убеждения и эмоции могли колебаться каждый миг. Хвастаясь своим финансовым успехом, он моментально ощущал свое превосходство над психотерапевтом. Осознавая то, что в качестве клиента он зависим от психотерапевта, он чувствовал свою неполноценность, что было для него невыносимо. Таким образом, в начале терапии он использовал любую возможность, чтобы унизить психотерапевта, и сердился, когда она не соглашалась с его неадекватными требованиями или настаивала на выполнении терапевтических домашних заданий.

Выводы

Для психотерапевтов важно знать типичные убеждения и стратегии, связанные с каждым расстройством личности. Это понимание дает психотерапевтам подсказки, что искать и как категорировать то множество данных, которое предоставляют клиенты. Благодаря этому они могут концептуализировать клиентов, осуществлять терапевтическое планирование и мгновенно решать, что делать шаг за шагом в пределах сессии. Осведомленность об убеждениях и поведенческих стратегиях клиентов с расстройствами личности также часто имеет решающее значение для установки и поддержки сильного терапевтического альянса, что описано в следующих двух главах.

Глава 4

Создание и использование терапевтического альянса

Эффективная когнитивная терапия требует устойчивого терапевтического альянса. В то время как отдельные клиенты безразличны к врачебному такту психотерапевта и просто нуждаются в инструментах для преодоления своего дистресса, большинство клиентов не приобретут или не будут применять новые навыки для изменения своих когниций, поведения и эмоциональных реакций, если такого рода обучение не будет сопровождаться поддержкой и эмпатией. И сами по себе терапевтические отношения для таких клиентов могут выступать инструментом формирования более позитивного взгляда на себя и окружающих, привнося уверенность в том, что межличностные проблемы поддаются решению.

В этой главе рассматриваются многие аспекты терапевтического альянса. Вначале описаны прогнозы клиентов в отношении психотерапии и объясняется, почему относительно легко развить хорошие рабочие отношения с одними клиентами и сложнее — с другими. Далее представлены важные стратегии, которые следует использовать со всеми клиентами. Затем я расскажу, как выявлять проблемы, возникающие в терапевтическом альянсе, особенно когда клиенты прямо не вы-

сказывают свой дискомфорт, и как после выявления проблемы концептуализировать ее и спланировать стратегию. В последней части главы описывается, как *использовать* терапевтические отношения, чтобы привести к изменениям в убеждениях и поведенческих стратегиях клиентов. Многие из принципов, изложенных в этой главе, иллюстрируются в последнем клиническом случае. Глава 5 посвящена распространенным трудностям в терапевтическом альянсе, которые иллюстрируются с помощью клинических случаев.

Прогнозы клиентов в отношении психотерапии

Построить терапевтический альянс достаточно легко с теми клиентами, которые начинают лечение с *благоприятным* прогнозом относительно того, каким будет лечение. Когда у клиентов преимущественно позитивное отношение к людям, они часто придерживаются оптимистических взглядов на своего психотерапевта и лечение:

- **"мой психотерапевт выглядит понимающим, заботливым и компетентным";**
- **"я смогу сделать то, что попросит мой психотерапевт";**
- **"мой психотерапевт будет рассматривать меня в позитивном свете";**
- **"психотерапия даст мне возможность почувствовать себя лучше".**

Однако некоторые "трудные" клиенты имеют, как правило, отрицательные убеждения о людях и поэтому начинают лечение с другим набором прогнозов:

- **"мой психотерапевт причинит мне боль";**
- **"мой психотерапевт будет меня критиковать";**
- **"я потерплю неудачу";**
- **"психотерапия заставит меня чувствовать себя хуже".**

Психотерапевтам необходимо потратить гораздо больше времени на построение доверительных отношений с этой, последней, группой

клиентов. И несмотря на обоснованность поведения психотерапевтов, некоторые клиенты считают, что их терапевт причинил им боль, ощущая (корректно или некорректно) его отвержение, контроль или манипулирование; инвалидировал их чувства; негативно их оценил или требовал от них слишком многого. Клиенты могут реагировать разнообразными способами. Одни из них могут тревожиться и избегать самораскрытия (или, что хуже всего, избегать психотерапии вообще). Другие могут сердиться, критиковать, унижать или обвинять своего психотерапевта.

Как и большинство проблем в психотерапии, трудности в терапевтическом альянсе могут иметь практическую основу (психотерапевт слишком часто прерывает клиента или делает это слишком внезапно), психологическую основу (у клиента возникают такие препятствующие терапии убеждения, как "Если мой психотерапевт не выкладывается на все 100%, значит, ему все равно") или и ту, и другую.

Стратегии построения терапевтического альянса

Следование основным принципам когнитивной терапии помогает психотерапевту установить и поддерживать терапевтические отношения с клиентами:

- активно сотрудничать с клиентом;
- демонстрировать эмпатию, заботу и понимание;
- адаптировать свой терапевтический стиль к конкретному клиенту;
- облегчать дистресс;
- получать обратную связь в конце каждой сессии.

Как описано ниже, психотерапевты должны оценить степень своей успешности в реализации этих стратегий. И порой им нужно видоизменять эти стандартные принципы, когда приходится сталкиваться со сложным случаем.

Активное сотрудничество с клиентом

Психотерапевты действуют в одной команде с клиентами. Как таковые они обычно играют направляющую роль, наделенную некими полномочиями. Психотерапевты и клиенты совместно принимают решения, касающиеся терапии, например на каких проблемах следует

сосредоточиться во время сессий и как часто встречаться (при отсутствии практических ограничений). Психотерапевты логически обосновывают свои интервенции. Психотерапевты и клиенты также совместно исследуют обоснованность мышления клиентов.

Иногда проблема в сотрудничестве возникает из-за терапевтической ошибки. Психотерапевты могут быть слишком директивными, властными или конфронтационными. Такую проблему можно определить, попросив коллегу прослушать запись терапевтической сессии. Однако во многих случаях недостаток сотрудничества связан с восприятием самих клиентов. Некоторые клиенты с проблемами, представляющими вызов для терапевта, нелегко устанавливают отношения сотрудничества. Например, Мередит раздражалась, когда ее психотерапевт пытался прервать ее и ориентировать на решение проблем. Она воспринимала его как чрезмерно контролирующего. Ее психотерапевт должен был пойти на компромисс с ней и позволять беспрерывно говорить в первой части каждой терапевтической сессии, прежде чем Мередит могла сосредоточиться на конкретной проблеме. С другой стороны, Джошуа, зависимый клиент, был чрезмерно пассивным во время сессий, полагая, что его психотерапевт должен принимать все решения в одностороннем порядке, поскольку он считал себя неспособным расставить приоритеты для повестки дня и реагировать на свои дисфункциональные мысли. Психотерапевт должен был призвать Джошуа взять на себя более активную роль.

Демонстрация эмпатии, заботы, оптимизма, искренности, точного понимания и компетентности

Эффективная когнитивная терапия требует, чтобы психотерапевты обладали всеми этими основными консультативными навыками и использовали их. Обзор записи терапевтической сессии может показать, действительно ли психотерапевт демонстрирует эти качества. Однако важно отметить, что психотерапевты часто нуждаются в тонкой настройке степени, в которой они непосредственно отображают эти качества клиентам. Каждый миг в психотерапии необходимо быть внимательным к эмоциональным переживаниям клиентов, чтобы определить, как действовать наилучшим образом.

Большинство клиентов довольно позитивно реагируют на прямое выражение эмпатии. Они чувствуют поддержку и понимание, и терапевтический альянс укрепляется. Однако некоторые могут чувствовать себя хуже, по крайней мере время от времени. Дженни, депрессивная

клиентка с истерическими чертами, иногда плакала на сессии, подробно рассказывая об одной межличностной проблеме за другой. Всякий раз, когда ее психотерапевт проявлял эмпатию, она плакала еще сильнее, поскольку воспринимала это как подтверждение безнадежности своей ситуации.

Аналогичным образом большинство клиентов получают пользу от искреннего выражения заботы, но некоторые не получают, особенно на ранних этапах лечения. Ллойд, клиент с шизоидными чертами, чувствовал себя дискомфортно, когда его психотерапевт выразил свою заботу на ранних этапах лечения. Даниэль, параноидная клиентка, стала очень подозрительной, когда ее психотерапевт сделал положительные комментарии в ее адрес. Сэнди, клиентка с избегающим расстройством личности, расстроилась, когда ее психотерапевт выразил ей прямое сочувствие на первой сессии, поскольку боялась его гнева, когда он обнаружит, что Сэнди на самом деле плохая и недостойная заботы.

Клиенты обычно реагируют положительно, когда их психотерапевт проявляет устойчивый оптимизм по отношению к эффективности терапии. Однако другие реагируют отрицательно, особенно те, кто считает, что такой оптимизм неуместен и демонстрирует непонимание психотерапевтом их самих и их трудностей.

Большинство клиентов реагируют положительно, когда их психотерапевты осуществляют подкрепление, чтобы внести изменения в их мышление и поведение. Несмотря на то что психотерапевт хвалила Джулиана за то, что он встал с постели и привел свою квартиру в порядок, он подумал, что она была снисходительна к нему. Когда психотерапевт дал Сэнди положительную обратную связь, она стала беспокоиться, опасаясь того, что теперь у него будут завышенные ожидания на ее счет, которые она не сможет оправдать.

Точное понимание переживаний клиентов и способность взаимодействовать с ними на основе такого понимания крайне важны, как и определение того, когда и в какой мере следует делиться этим пониманием с клиентами. Некоторые клиенты могут испытывать трудности из-за того, что их психотерапевты представили некорректные концептуализации или преждевременно представили точные концептуализации, прежде чем клиенты сформировали достаточный уровень доверия к ним. Крейг почувствовал сильную угрозу, когда его семейный психотерапевт представила гипотезу на раннем этапе лечения. Она предположила, что, возможно, он рассердился на свою жену из-за пустяков, потому что ее отказ идти у него на поводу был им самим воспринят как

признак собственной слабости. Хотя эта концептуализация доказала позже свою точность, психотерапевт не должна была представлять ее так рано, работая с клиентом, у которого было столь хрупкое чувство собственного достоинства. Психотерапевт не уловила вербальные и невербальные сигналы Крейга, указывающие на то, что во время сессии ему становилось все более и более дискомфортно.

Большинство клиентов хорошо реагируют, когда их психотерапевт поддерживает спокойную атмосферу компетентности и уверенности. Для других это же отношение может быть тревожащим. Когда психотерапевт Уильяма осталась невозмутимой к его явному скептицизму, то он воспринял ее действия как проявления превосходства, чтобы заставить его почувствовать себя неловко.

Адаптация уникального терапевтического стиля к особенным характеристикам клиентов

Психотерапевты должны изменять свой стиль для некоторых клиентов. Для выявления этой терапевтической проблемы может потребоваться регулярная супервизия с анализом записей терапевтических сессий. Хотя одни клиенты, скорее всего, хорошо ответят на естественный терапевтический стиль конкретно взятого психотерапевта, другие, особенно те, кто представляют вызов в терапии, — нет. Например, клиент с нарциссическим расстройством личности может лучше реагировать, когда психотерапевт в некоторой мере выказывает почтение. Когда на первой сессии Джерри обратил внимание психотерапевта на свой дорогой дизайнерский костюм, та откровенно призналась в своем невежестве в области дизайна одежды и задала Джерри такие вопросы, которые были намеренно предназначены для того, чтобы позволить ему ощутить свое превосходство в этой сфере. Клиент с избегающим расстройством обычно начинает доверять своему психотерапевту, если тот с самого начала не подталкивает его к разговору на деликатные темы. Зависимый клиент обычно ценит психотерапевта, который принимает на себя ответственность за ход сессии и ведет себя директивно, в то время как в случае клиента с обсессивно-компульсивным расстройством личности такой стиль коммуникации не принесет результатов. В то время как большинство клиентов успокаиваются, когда психотерапевт проявляет свою заботу, параноидные клиенты могут стать подозрительными и быть начеку.

Одни клиенты хорошо реагируют, когда психотерапевт идет на терапевтическое самораскрытие. Другие же удивляются, почему психотера-

певт тратит их время впустую. Клиенты, которые неохотно участвуют в терапии, иногда чувствуют себя более комфортно, когда их психотерапевт первоначально использует более академичный подход. Одним клиентам удобно сразу приступать к решению проблем. Другие нуждаются в достаточно большом проявлении эмпатии и поддержки наряду с решением проблем. Психотерапевты должны иметь в виду, что искусство когнитивной терапии заключается также в том, чтобы распознать, когда клиентам дискомфортно с их терапевтическим стилем (см. далее в этой главе), и затем соответствующим образом его видоизменить.

Облегчение дистресса

Одним из наилучших способов укрепления терапевтического альянса является помощь клиентам в решении их проблем и улучшении настроения. В действительности Де Руби и Фили (*1990*) обнаружили, что клиенты воспринимали своих психотерапевтов как эмпатических *вследствие* ослабления симптоматики. Слабый альянс может быть значительно усилен, когда клиенты осознают, что они чувствуют себя лучше к концу сессии, и особенно когда они замечают, что функционируют лучше в течение недели. Оценка настроения клиентов в начале и в конце сессий и рассмотрение изменений в функционировании в течение прошлой недели могут указать на то, достигает ли психотерапевт поставленных целей. Исключением из этого правила является клиент, который опасается, что если ему станет лучше вследствие психотерапии, то его жизнь ухудшится (например, он обеспокоен тем, что ему придется брать на себя ответственность, которую он не хочет брать, или что ему придется столкнуться с вероятностью того, что очень неудовлетворительный брак может так никогда и не улучшиться).

Получение обратной связи

Некоторые клиенты дисфункционально реагируют на психотерапевтов, которые, по их мнению, мешают им получать пользу от терапевтических сессий. Психотерапевтам часто необходимо выявлять мысли клиентов, когда они замечают негативные аффективные сдвиги во время сессии, и тратить значительные усилия на выявление проблемы в терапевтических взаимоотношениях и укрепление альянса. Такие клиенты более подробно описаны в следующем разделе.

Однако порой многих клиентов достаточно попросить об обратной связи в конце терапевтической сессии. Клиенты, которые ранее не имели дела с когнитивной терапией, часто поражены и довольны тем,

что их психотерапевты открыты для критики или изменений и готовы видоизменять свое лечение. Выявление реакций клиентов может значительно укрепить альянс и предоставить ценную информацию, которую психотерапевт может использовать для более эффективной терапии.

Для психотерапевтов важно спрашивать клиентов об обратной связи *неформальным* образом, используя такие вопросы.

- **"Что вы думаете о сегодняшней сессии?"**
- **"Было ли что-то такое, что вы посчитали моей ошибкой или непониманием?"**
- **"Есть ли что-то такое, что вы хотели бы сделать иначе на следующей сессии?"**

Полезно, чтобы некоторые клиенты заполнили форму обратной связи сразу после терапевтической сессии (см., например, *J. Beck, 2005*). Форма направляет клиента к рефлексии о важном содержании и процессе терапии, а также предлагает оценить психотерапевта по параметрам заботы и компетентности. Ценную информацию из этой формы можно почерпнуть, если психотерапевты подчеркивают, насколько полезно получать положительную обратную связь, когда это оправдано, а также *отрицательную* обратную связь, когда клиент считает, что психотерапевт мог бы быть более эффективным. Некоторые клиенты готовы предоставить честную обратную связь именно в письменной форме, что они не были готовы сделать вербально.

Психотерапевт может также попросить обратную связь в начале сессии, *если подозревает или знает, что у клиента была негативная реакция на предыдущую сессию.* Кен, например, показался несколько раздраженным на предыдущей сессии, но отрицал это. На следующей сессии его психотерапевт спросил: "Я думал о последней сессии и понял, что излишне настойчиво подталкиваю вас к рассмотрению возможности получения другой работы. Ощущали ли вы это подобным образом?"

Когда клиенты по-прежнему неохотно предоставляют обратную связь, это может быть важно для определения их дисфункциональных убеждений о самораскрытии, как будет описано в следующем разделе.

Выявление и решение проблем в терапевтическом альянсе

Чтобы преодолеть трудности в терапевтических отношениях, психотерапевтам необходимо определить существование проблемы, концептуализировать, почему она возникла, и, основываясь на этом понимании и общей концептуализации клиента, спланировать стратегию их коррекции, как описано ниже.

Выявление проблемы в терапевтическом альянсе

Иногда проблемы в терапевтических отношениях очевидны. Один клиент переходит на крик, вопрошая о мотивах или компетенции своего психотерапевта. Другой откровенно лжет психотерапевту (см. *Newman & Strauss, 2003*, для получения дополнительной информации об этой специфической проблеме). Третий клиент обвиняет психотерапевта в том, что она не заботится о нем. Но признаки возможной проблемы в терапевтических отношениях часто более тонкие, и психотерапевт может не знать, присутствует ли такая проблема вообще и, если присутствует, связана ли она с альянсом. Клиенты могут отводить взгляд в сторону и медлить перед ответом. Они внезапно могут выглядеть более угнетенными. Их язык жестов может указывать на то, что они пытаются защититься.

Поэтому важно настроиться на эмоциональное состояние клиентов и их аффективные сдвиги во время терапевтической сессии. Отрицательные изменения в языке тела клиента, выражении его лица, тоне голоса и выборе слов могут указывать на то, что у него только что были автоматические мысли, препятствующие терапии. Когда психотерапевты отмечают эти изменения, они могут задать стандартные вопросы для выявления эмоций клиентов и их автоматических мыслей.

- **"Как вы себя сейчас чувствуете?"**
- **"О чем вы только что подумали?"**

Клиенты, которые имеют следующие виды автоматических мыслей, вряд ли получат пользу от сессии.

- “Мой психотерапевт меня не понимает ”.
- “Мой психотерапевт не заботится обо мне”.
- “Мой психотерапевт не слушает меня”.
- “Мой психотерапевт пытается меня контролировать”.
- “Мой психотерапевт осуждает меня”.
- “Мой психотерапевт должен «урегулировать» меня”.

Например, Робин занервничала во время терапевтической сессии. Она начала болтать ногой, а ее лицо выглядело застывшим. Задавая вопросы, психотерапевт обнаружила, о чем она думает: “Если я расскажу своему психотерапевту мою сексуальную историю, она осудит меня. Вероятно, я ей не понравлюсь. Возможно, она больше не захочет меня видеть”.

Важно отметить, что многие аффективные сдвиги *не* связаны с проблемой в альянсе. Клиенты могут выражать автоматические мысли о себе (“Я — недоразумение”), о лечении (“Это слишком сложно”) или о своих трудностях (“Что если я не могу решить свои проблемы?”).

Аналогично клиенты могут проявлять поведение, препятствующее терапии. Однако важно отметить, что проблематичное поведение может быть и может не быть связано с проблемой в терапевтическом альянсе. Один клиент не смог выполнить домашнее задание, например, потому что полагал, что не сможет сделать его хорошо и что психотерапевт будет его критиковать. Другой клиент, хотя и имел прочный альянс со своим психотерапевтом, был слишком дезорганизован для того, чтобы выполнить домашнее задание. Опять же, важно спросить клиентов, о чем они думали, прежде чем включились в дисфункциональное поведение или перед тем, как решили от него отказаться.

Если психотерапевты подозревают, что существует проблема в альянсе, которую не признает клиент, они могут представить ее для клиента в обыденном свете и продолжить исследовать.

- “Некоторым клиентам не нравится идея о выполнении домашних заданий, потому что у них складывается впечатление, что я указываю им, что делать. Может ли что-то подобное происходить и с вами?”

В приведенных ниже примерах иллюстрируется, как психотерапевт определил, показывает ли поведение клиентов на проблему с альянсом.

Пример 1: клиент постоянно отвечает: "Я не знаю"

Том, 15-летний депрессивный подросток, постоянно отвечает "Я не знаю" на первой сессии. В начале второй сессии он снова ответил "Я не знаю", когда психотерапевт спросила его, изменилось ли что-нибудь в школе.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Этот вопрос (который я только что задала) заставил тебя испытать дискомфорт?
>
> ТОМ: (*Пожимает плечами.*)
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне интересно, ты действительно *не* знаешь или есть что-то *хорошее* в том, чтобы говорить "Я не знаю". (*Пауза.*) Например, может быть я перестану беспокоить тебя раздражающими вопросами?
>
> ТОМ: (*Улыбается.*)
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ты улыбаешься. Я права? Ты хотел бы, чтобы я прекратила приставать к тебе? Ты не хотел бы быть здесь?
>
> ТОМ: Да, наверное.

Здесь психотерапевт подтверждает свое подозрение о том, что клиент не чувствует положительной связи с ней и на самом деле не заинтересован в лечении. Другой клиент ответил на тот же вопрос по-другому: "Нет, это не потому, что ваши вопросы раздражают. Я просто слишком сбит с толку в последние дни". В отсутствие каких-либо других данных, указывающих на проблему в терапевтическом альянсе, психотерапевт концептуализировал, что проблема нуждается в практическом решении. Она решила проблему, задавая более конкретные вопросы.

Пример 2: клиент уклоняется от прямых ответов

Психотерапевт заметил, что Джоди часто уклоняется от прямых ответов, когда испытывает дискомфорт. Когда Джоди продемонстрировала такое поведение в третий раз, психотерапевт непосредственно обратился к проблеме.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подытоживая*) Так что, возможно, *есть* основания полагать, что вы можете влиять на своего супруга в большей мере, чем полагали вначале?
>
> ДЖОДИ: Понимаете, он всегда был таким. Я должна была уделять этому больше внимания, когда мы встречались. Я имею в виду, что тогда он делал то же самое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*возвращая ее назад*) Что вы думаете в отношении своего влияния на него сейчас?

ДЖОДИ: Он такой же со своей матерью.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Джоди, как вы себя почувствовали, когда я предположил, что вы могли бы иметь на него некоторое влияние? (*Пауза.*) Испытали ли вы некоторое беспокойство?

ДЖОДИ: (*Думает, вздыхает.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что это значило для вас, когда я это сказал?

ДЖОДИ: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понимаю, это было неприятно.

ДЖОДИ: Нет. (*Думает.*) Видите, я думаю, что я до сих пор не знаю, стоит ли мне оставаться с ним.

В этом случае психотерапевт концептуализировал, что клиентка уклонялась от прямых ответов, потому что была амбивалентной по отношению к своему браку. Хотя терапевтический альянс не был нарушен, Джоди явно не хотела, чтобы психотерапевт исследовал возможность того, что она в состоянии улучшить отношения со своим мужем.

Пример 3: клиент меняет тему

В другом случае психотерапевт установил, что неспособность клиента прямо отвечать на некоторые вопросы была связана не с проблемой в терапевтическом альянсе, а скорее с его коммуникационным стилем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я осознал, что сегодня много раз перебивал вас. Это причиняло вам неудобства?

КЛИЕНТ: Нет, все в порядке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я пытался выяснить, когда вы несколько раз меняли тему, не хотели ли вы поговорить о, скажем, проблеме с вашей сестрой.

КЛИЕНТ: Я хотел поговорить об этом. Наверное, я просто снова перескочил на другую тему. Моя жена говорит, что я часто так делаю.

Концептуализация проблемы и планирование стратегии

Чтобы принять терапевтическое решение о том, как лучше всего укрепить терапевтический альянс, психотерапевты должны оценить,

насколько серьезной является проблема и стоит ли ее игнорировать, немедленно решать или обратиться к ней позже. Чтобы сформулировать стратегию, психотерапевты должны концептуализировать, почему возникла эта проблема. Как упоминалось ранее, некоторые проблемы возникают вследствие терапевтической ошибки, некоторые — вследствие убеждений клиентов и некоторые являются комбинацией этих двух видов.

Определение остроты и неотложности проблемы

Когда психотерапевты решают, что проблема связана с терапевтическим альянсом, они должны определить, сколько времени и усилий следует на нее потратить. Хорошее правило — сделать отношения *достаточно сильными* для клиентов, которые готовы сотрудничать с психотерапевтом и работать над своими целями. *Тратить больше времени на терапевтические отношения, чем нужно, означает тратить меньше времени на то, чтобы помогать клиентам решать свои реальные проблемы.* (С другой стороны, как описано в конце этой главы, положительные терапевтические отношения могут быть мощным инструментом в изменении дисфункциональных убеждений клиентов о себе и других, что может быть сильным аргументом для того, чтобы уделять этому больше внимания.)

Иногда совершенно очевидно, что проблема в терапевтическом альянсе достаточно острая и требует немедленного обращения к ней, например в случае клиента, который выражает гнев в отношении психотерапевта; клиентки, которая настолько встревожена, что едва может говорить; или клиента, который настолько доминирует на сессии, что психотерапевт не может и слова вставить. Часто эти виды проблем требуют значительного внимания и коррекции. Например, Гарольд был расстроен из-за своего психотерапевта, поскольку она действовала излишне быстро и энергично, чтобы решить его проблемы. Психотерапевту нужно было предпринять несколько вещей, чтобы восстановить отношения: ей пришлось позаботиться о том, чтобы быть более эмпатичной по отношению к нему, совместно обсуждать структуру сессии (предоставляя ему возможность говорить в течение какого-то времени) и изменить восприятие Гарольда в отношении того, что она не заботилась о нем, а только сухо с ним работала.

Однако некоторые проблемы в альянсе возникают нечасто или относительно несущественны. Многие из них могут быть решены в ходе сессии. Мартин был обоснованно недоволен тем, что его психотерапевт забыл о значительной проблеме с предыдущей сессии. Простое

извинение "Прости, я должен был вспомнить об этом" решило бы проблему. Холли выглядела весьма расстроенной во время второй терапевтической сессии, когда ее психотерапевт предложил ей несколько домашних заданий; она спрогнозировала, что не сможет их хорошо выполнить и разочарует терапевта. Ее психотерапевт смог бы быстро решить проблему, сказав, что одно из заданий будет необязательным. Он мудро предпочел далее не вмешивался в ситуацию, полагая, что если такая ее реакция окажется типичной и проблемной, то он сможет обратиться к ней в свое время.

Остальные проблемы можно игнорировать, по крайней мере на данный момент. Джордж, мальчик-подросток, закатил глаза, когда психотерапевт предположила, что, возможно, он советуется по поводу терапевтических домашних заданий со своим школьным учителем. Она проигнорировала эту мягкую отрицательную реакцию и продолжала расспрашивать его об одноклассниках, которые могли бы помочь ему осознать, как поступать в тех или иных ситуациях.

Когда психотерапевты видят дисфункциональные *паттерны* в терапевтическом альянсе, часто требуется дополнительная работа над взаимоотношениями. Майкл (стенограмма сессии которого содержится в конце этой главы) мягко раздражался, когда психотерапевт положительно подкрепляла его и предоставляла некоторую основную информацию о депрессии. После первого и второго таких случаев она извинилась и продолжила. Когда он продемонстрировал свою отрицательную реакцию в третий раз, она начала анализировать, какое значение имело для него то, что она только что сказала, выделила дисфункциональное убеждение и изменила его в контексте их отношений (и нескольких других отношений, в которые он также был вовлечен).

Концептуализация причины проблемы

Концептуализировав наиболее важное в проблеме с терапевтическим альянсом, психотерапевты далее должны определить, почему возникла проблема: они сами допустили ошибку или были активированы дисфункциональные убеждения клиентов, или и то, и другое.

Когда психотерапевт допустил ошибку

Для психотерапевтов важно признать то, что трудности в терапевтических отношениях могут быть связаны с их собственным поведением или установками. Наряду с тем, что необходимо обращаться к клиентам за прямой обратной связью, которая может предоставить важную информацию, порой необходимо попросить коллег о том, чтобы они

просмотрели запись терапевтической сессии и помогли определить, в какой степени сам психотерапевт является причиной проблемы.

Психотерапевтам, осознавшим, что совершили ошибку, обычно наиболее уместно и полезно признать ее и выразить свое сожаление. Необоронительное извинение является важным умением, которое следует моделировать для многих клиентов с проблемами, представляющими вызов для терапевта. Например, Боб был огорчен тем, что его психотерапевт прервала его несколько раз за короткий промежуток времени. Когда он сказал ей, что она не позволяла ему рассказать о том, что, по его мнению, было необходимо, психотерапевт извинилась. Боб действительно был прав; психотерапевт недооценила потребность Боба в том, чтобы излить душу. Ее извинения послужили укреплению их альянса.

Кит беспокоился, потому что не смог выполнить терапевтическое домашнее задание. Его психотерапевт осознала, что допустила ошибку; она предложила задание, которое было для него слишком сложным. Когда она признала свою ошибку и извинилась за нее, его беспокойство уменьшилось и доверие к ней возросло.

Когда дисфункциональные убеждения клиентов мешают альянсу

Трудности в терапевтическом альянсе также могут быть связаны с общими дисфункциональными убеждениями клиентов о себе, других и отношениях и со стратегиями, которые они используют, чтобы справиться с этими убеждениями. Некоторые клиенты могут быть убеждены, например, в том, что их психотерапевт, вероятно, будет их критиковать. Если это убеждение касается самого психотерапевта, а не для людей вообще, то оно может быть легко изменено. Если, с другой стороны, такое убеждение является подвидом более общего убеждения о людях в целом ("Весьма вероятно, что люди будут меня критиковать "), это может препятствовать применению стандартной когнитивной терапии.

Психотерапевты сначала должны выявить убеждения клиентов, которые препятствуют терапии, и спланировать стратегию, основанную на правильной концептуализации. Одним клиентам могут быть показаны непосредственное выявление и проверка убеждений. Для других более полезными будут скрытое выявление и работа над этими убеждениями (например, видоизменяя лечение, чтобы избежать активации убеждения). В любом случае психотерапевтам обычно необходимо использовать ряд интервенций, как проиллюстрировано в следующих клинических случаях.

Клинический случай 1

Брент, 35-летний клиент с депрессией, страдающий нарциссическим расстройством личности, считал, что он в основном уступает, а другие превосходят, хотя он скрывал эти убеждения о своей неполноценности посредством демонстрации превосходства и требования особых прав. Он был постоянно убежден в том, что другие будут относиться к нему неуважительно. Небольшие события, даже нейтральные, часто приводили его в ярость: клерк не поблагодарил его за оплату; билетер просто указал на его место вместо того, чтобы провести его к нему; человек в лифте не нажал на кнопку "Открыть двери" для него; менеджер магазина не обслужил его перед закрытием.

Те же самые убеждения, которые активировались в его отношениях с людьми, активировались во время лечения. Из-за того что он приезжал на психотерапию за помощью, он автоматически чувствовал себя в более уязвимом положении. Он предположил, что его психотерапевт будет считать себя лучше, а его – хуже и лечить его с таким же отношением. Он был сверхчувствительным к унижениям и неправильно воспринимал намерения своего психотерапевта. Он пытался умалить ее достоинство, отпуская неуместные шутки о мебели в ее кабинете; спрашивая, знает ли она значение узких психологических терминов; удивлялся, что она не слышала о его любимом исполнителе классической музыки; заявлял, что его предыдущие психотерапевты были более квалифицированными, чем она. Он также напускал угрюмый вид, когда психотерапевт не шла навстречу его просьбам об особых привилегиях, таких как встречи за пределами обычных сессий. Брент попытался по-разному произвести впечатление на психотерапевта в своем превосходстве: использовал изощренную лексику, указывал на свою дорогую одежду, хвастался незначительными достижениями на работе.

Психотерапевт концептуализировала, что, если она будет конфронтировать с ним по поводу его критических замечаний на раннем этапе лечения, то, вероятно, активирует в дальнейшем его убеждения о своей неполноценности. Вместо этого она приложила все усилия, чтобы реагировать на колкости, не прибегая к оборонительному поведению. Когда Брент утверждал, что она была менее квалифицированной, чем его предыдущие психотерапевты, она спросила: "Можете ли вы сказать мне, что они делали такого, чего не делаю я, чтобы я могла помочь вам больше?" Когда он спросил ее о психологическом термине, с которым она не была знакома, она сказала: "Я не знаю об этом. Но, вероятно, должна была бы знать. К чему это *относится*?" Когда он шутил

об интерьере ее офиса, она засмеялась вместе с ним и сама пошутила: "Знаете, я знала, что должна была бы получить степень MBA. Тогда у меня была бы отличная мебель!"

Таким образом, психотерапевт достигла нескольких терапевтических целей. Она открыто смоделировала необоронительное поведение и продемонстрировала, что можно принимать критику и унижения без ущерба для своей самооценки. Отсутствие критики или унижения снизило чувство уязвимости Брента и повысило его доверие к психотерапевту, тем самым укрепив терапевтический альянс. Со временем, после разнообразных интервенций, Брент начал менять свои убеждения. Он испытывал все меньшую и меньшую потребность применять против своего психотерапевта дисфункциональные копинг-стратегии. Он также начал верить, что, возможно, не все хотят его унизить. Он стал более охотно идти на поведенческие эксперименты вне психотерапии, в которых не пытался унизить достоинство других до того, как они, по его мнению, унизили бы его.

Психотерапевт Брента концептуализировала, что ей сначала нужно осторожно поработать с его убеждениями. Обычное выявление этих когниций могло бы излишне их активировать. Позже психотерапевт будет иметь возможность непосредственно выявить и изменить его убеждения, применяя стандартные стратегии изменения убеждений (см. главу 13).

Клинический случай 2

Клэр — 42-летняя клиентка с глубокой депрессией, наложенной на дистимию[11] и пассивно-агрессивные свойства личности. Она воспринимала себя слабой, неэффективной и ленивой, в то время как других — сильными, вмешивающимися и требовательными. Обычно она пыталась проявить контроль, раздражаясь, когда ее просили сделать то, что она не хотела делать, или соглашалась выполнить чьи-либо просьбы, но затем либо выполняла их частично или плохо, либо вовсе не выполняла. Часто, когда муж просил ее выполнить рутинную работу по дому, которая ей не нравилась, например свести баланс по чековой книжке или сходить за покупками, то все заканчивалось тем, что он все это делал сам. Будучи сверхчувствительной к контролю, она находила способы подорвать авторитет своего мужа, когда он устанавливал обоснованные границы для их ребенка.

---

[11] Дистимия — кратковременные (от нескольких часов до нескольких дней) расстройства настроения. — *Примеч. ред.*

Клер нравилось сочетать роль домохозяйки с неполной занятостью на работе, хотя ни на одном месте она не могла продержаться более нескольких месяцев или даже недель, поскольку не оправдывала ожиданий руководства. У нее были напряженные отношения со своими родителями; в отличие от ее братьев и сестер, она либо не появлялась на семейных мероприятиях, либо опаздывала на них; также она отказывалась делать свой материальный вклад в уход за престарелыми родителями.

Дисфункциональные убеждения Клэр о контроле стали активироваться во время терапевтических сессий. Она чувствовала, что слаба, а ее психотерапевт пытается ее контролировать. Она потратила немало времени на сессиях, жалуясь на своего мужа, начальство и других людей. Она сопротивлялась принятию подхода к решению проблем. Она вместе с психотерапевтом устанавливала домашние задания, но неизменно их не выполняла, утверждая, что потеряла свои записи, была слишком занята или осознала их бесполезность.

Психотерапевт быстро концептуализировала, что Клэр применяла копинг-стратегии, чтобы избежать активации угнетающих убеждений. Она сформулировала свою гипотезу прямо: "Клэр, иногда, когда я предлагаю людям заниматься вещами, которые они могли бы делать, они чувствуют, что я пытаюсь их контролировать. (*Пауза.*) Вы когда-нибудь так себя чувствовали?" Когда Клэр признала, что чувствовала себя подобным образом, психотерапевт сочувственно ей ответила: "Это, должно быть, плохо. Тогда попробуем что-то другое. У вас есть идеи?" Клэр покачала головой, и психотерапевт сказала: "Знаете, мне интересно, может ли оказаться полезным снова пересмотреть ваши терапевтические цели и убедиться, что вы действительно хотите их достичь. Если да, то мы попытаемся выяснить, как вы можете сделать это таким образом, чтобы не чувствовать себя настолько подконтрольной. (*Пауза.*) Вам это подходит?"

Когда они просмотрели список целей, психотерапевт попросила Клэр оценить их в порядке важности. Клэр рассказала, что она больше всего хотела бы принимать участие в приятных для себя занятиях, таких как встречи с друзьями, изучение тем, которые представляют для нее интерес, в Интернете. Она почти перестала делать это, поскольку ее депрессия усугублялась. Затем психотерапевт предоставила ей выбор: обсудить на сессии то, что она могла бы сделать на этой неделе, или выяснить это самостоятельно дома. Клэр выбрала последнее и действительно на следующей сессии сообщила о том, что участвовала в нескольких таких занятиях.

Терапевтический прогресс вскоре замедлился, когда Клэр почувствовала себя лучше. Психотерапевт помогла ей выявить убеждение, препятствующее терапевтическому процессу, и отреагировать на него: "Если я почувствую себя лучше, то мой терапевт и муж будут ожидать от меня все большего и большего". Оценка этого убеждения, применение стратегии решения проблем и ролевая игра убедили Клэр в том, что она сможет отстоять свои интересы, если в этом действительно возникнет необходимость, и добиться дальнейшего прогресса.

Важный урок для многих "трудных" клиентов заключается в том, что межличностные проблемы могут быть ослаблены или решены путем более верного понимания поведения людей или прямого решения проблем, например, благодаря изменению своего поведения по отношению к окружающим или по просьбе к ним об изменении их поведения.

Использование терапевтических отношений для достижения терапевтических целей

Существует много стратегий, которые психотерапевты могут использовать для укрепления терапевтического альянса и одновременного достижения других терапевтических целей. Здесь описаны стратегии в трех важных областях: обеспечение опыта положительных взаимоотношений; работа с проблемами альянса; генерализация того, что клиент узнал; работа над проблемами в терапевтических отношениях и над другими важными отношениями в своей жизни.

Обеспечение опыта положительных взаимоотношений

"Трудные" клиенты могут иметь нарушенные отношения, сопровождаемые дисфункциональными убеждениями о себе и о других. Терапевтическая сессия предоставляет ряд возможностей для психотерапевтов, чтобы они могли исправить отрицательные убеждения клиентов. Психотерапевты могут помочь клиентам укрепить более положительные (которые на самом деле являются более реалистичными) представления о себе и об окружающих многими способами, включая:

- применение положительного подкрепления;
- использование самораскрытия;
- уравновешивание позиций в терапевтических отношениях;
- несогласие с отрицательными убеждениями клиентов;
- понимание в сочетании с реалистичным оптимизмом;
- непосредственное выражение эмпатии и заботы;

- выражение сожаления по поводу терапевтических ограничений;
- напоминание клиентам о постоянной связи психотерапевта с ними.

Психотерапевты также могут помочь клиентам изменить свое мнение о других, демонстрируя, что они не причинят им вреда, и моделируя решение межличностных проблем (*Safran & Muran, 2000*).

Применение положительного подкрепления

Для психотерапевтов важно не только прямо выражать свои эмпатию и поддержку, но и обеспечивать положительное подкрепление, когда клиенты достигают необходимых изменений в своем мышлении, настроении или поведении или проявляют адаптивные установки или поведение. В качестве стандартной практики когнитивной терапии в начале сессии психотерапевты могут попросить клиентов, чтобы те рассказали (в дополнение к трудностям, с которыми они столкнулись) о положительных событиях, произошедших с ними со времени предыдущей сессии. Они также просят клиентов рассказать о том, что они смогли выполнить из домашнего задания. Такой обзор предоставляет психотерапевтам возможности для подкрепления клиентов.

- "Я рад, что вы... (посетили эту вечеринку и хорошо провели время)".
- "Надеюсь, вы гордитесь тем, что смогли... (достойно сдать свои экзамены)".
- "Как это прекрасно, что вы... (помогли своей соседке, когда она нуждалась в вас)".
- "Это впечатляет, что вы... (не пошли на поводу у своих негативных мыслей, когда он сказал это, и почувствовали себя лучше)".
- "Вы обладаете таким замечательным качеством, которое дает вам возможность... (успокаивать людей так, как это делаете вы)".
- "Не каждый может... (справиться с такой критикой так хорошо, как это делаете вы)".
- "Хорошо, что вы... (заставили себя вставать с постели практически каждый день на этой неделе)".
- "Вы предоставили себе такую возможность, чтобы... (делать это вместо того, чтобы причинять себе вред)?"
- "Если бы все могли... (выяснять, что действительно нужно их детям, так, как это делаете вы)".

Поощряющие утверждения такого рода могут подрывать убеждения клиентов в своей беспомощности, непривлекательности и недостойности. Они также могут подкрепить убеждения клиентов в том, что их психотерапевт поддерживает их и заботится о них.

Использование самораскрытия

Разумное использование самораскрытия помогает укрепить терапевтический альянс и может стать важным инструментом обучения. Клаудия была достаточно сильно расстроена, потому что ее муж собирался устроиться на работу с гораздо более широкими обязанностями, а это означало, что он не сможет ежедневно ужинать дома с ней и их детьми. Ее психотерапевт связала эту ситуацию с тем, как она сама справилась с подобной проблемой несколько лет назад: приняла то, что у ее мужа посменная работа, и то, что это означает необходимость работать допоздна, а также то, что он не имеет другого выбора, если только заинтересован в этом месте. Клаудия оценила готовность своего психотерапевта поделиться этой личной информацией и испытала более сильную связь с ней.

Самораскрытие психотерапевта также косвенно помогло Клаудии признать, что она не единственная, кому пришлось столкнуться с такой ситуацией, и что у нее есть выбор: продолжать переживать об этой проблеме или думать о ней по-другому и чувствовать себя лучше. Клаудия оказалась способной принять такую же точку зрения на рабочий график своего мужа, после чего ее дистресс снизился. Тогда она смогла заняться продуктивным решением проблемы со своим психотерапевтом, чтобы выяснить, как по вечерам более эффективно заниматься своими детьми.

В другом случае Эйлин, депрессивная клиентка, чувствовал себя подавленной при мысли о необходимости заменить некоторую мебель, которая была повреждена в результате наводнения. Ее психотерапевт нормализовал проблему, рассказав, как сама (и многие ее знакомые) столкнулась с аналогичными трудностями. Психотерапевт объяснила, что она смогла решить проблему, попросив о помощи своего друга, а также осознав, что ей нужно искать мебель, которая была бы подходящей, но не обязательно идеальной. Эйлин была воодушевлена тем, что ее трудности оказались обычными, и сформировала убеждение, что если ее психотерапевт попросила о помощи, то и для нее самой это тоже может быть нормальным.

Уравновешивание позиций в терапевтических отношениях

Важно помочь клиентам, которые чувствуют себя подавленно, уравновесить позиции в терапевтических отношениях. Гил, который считал себя неудачником по сравнению с другими людьми, почувствовал себя более компетентным, когда его психотерапевт задал ему вопросы о его работе в качестве представителя клиентской службы и отметил его терпение и способность работать с трудным руководством и разгневанными клиентами. Психотерапевт сказала Киту о том, как она была впечатлена его знаниями оперы и классической музыки. У Лоры, клиентки с хронической депрессией, были проблемы с повседневной жизнедеятельностью, и порой она не могла позаботиться о своем доме. Обычно ей было лучше, когда ее психотерапевт намеренно задавала ей вопросы о ее собаках. Будучи новоиспеченной хозяйкой собаки, психотерапевт Лоры мало знала, как ухаживать за своим питомцем и дрессировать его, а Лора, напротив, в этом преуспела. Обращение психотерапевта к Лоре за советами и ее рассказ об их эффективности помогли Лоре почувствовать себя более компетентной.

Несогласие с негативными убеждениями клиентов

Для психотерапевта важно признать, что убеждения клиентов имеют смысл с учетом их опыта, но это не означает необходимости соглашаться с ними. Когда Джун выразила безнадежность по поводу того, что сможет когда-либо почувствовать себя лучше, психотерапевт заверила ее в том, что не разделяет такую точку зрения.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, *теперь* я понимаю, почему вы так безнадежны в отношении того, чтобы когда-либо почувствовать себя лучше. Я уверена, что если бы это случилось со мной и я была бы убеждена в таких же вещах о себе, как и вы, то я тоже испытывала бы безнадежность. Но в то время как *вы* можете быть убеждены в том, что вы плохая из-за того, как ваш отец относился к вам, я хочу, чтобы вы знали, что *я* не верю, что вы плохая, ни на *минуту*. Очевидно, что это у *него* были проблемы, а *не у вас*! (*Длинная пауза.*) Что вы думаете об этом?

Понимание в сочетании с реалистичным оптимизмом

Клиенты, которые испытали эмоциональную депривацию, часто нуждаются в значительной заботе, сочувствии и поддержке со стороны психотерапевтов. Важно признать, что проявление эмпатии порой может ухудшить самоощущение клиентов, если они полагают, верно или

нет то, что психотерапевт воспринимает их как болезненно уязвимых перед неблагоприятными (а иногда и разрушительными) обстоятельствами. Чтобы предотвратить такое восприятие, психотерапевту потребуется сочетать эмпатические высказывания с другими утверждениями, которые выражают осторожный оптимизм на будущее.

- "Мне очень жаль, что это произошло с вами. *Никто*, и *вы* в том числе, не заслуживает подобного. (*Мягко*.) Но я *рад*, что вы пришли ко мне, чтобы я мог помочь вам с этим".
- "Должно быть, это было очень трудно. И я знаю, что вы все еще испытываете много боли из-за этого. (*Пауза*.) Теперь вы, возможно, уже не надеетесь, но я должен вам сказать, что *я* надеюсь, что мы сможем уменьшить боль".
- "*Неудивительно*, что это так сложно для вас... Теперь мне становится ясно, что нам нужно не спеша разбить эту задачу на части, упростить ее... Как это звучит для вас?"

Конечно же, важно следить за реакцией клиентов на такие заявления. Некоторые могут быть подозрительными или обесценивать то, что говорит психотерапевт, или даже чувствовать, что психотерапевт слишком обыденно относится к их проблемам. Клиенты с таким восприятием обычно демонстрируют аффективные изменения, обеспечивая бдительного психотерапевта возможностью выявлять их мысли и ассоциированные с ними значения и эффективно реагировать на них.

Клинический случай

Мередит, клиентка с хронической депрессией и посттравматическим стрессовым расстройством, в детстве подверглась физическому и сексуальному насилию со стороны своего отца. Ее мать поощряла насилие и подстрекала к нему. У Мередит сформировались очень сильные убеждения в том, что она плохая, непривлекательная и недостойная. Ее психотерапевт применял множество стратегий, чтобы помочь ей изменить эти убеждения, включая многочисленные терапевтические интервенции. Например, психотерапевт детально расспрашивал Мередит о ее волонтерской работе в церкви, ее (весьма позитивных) отношениях со своим ребенком, ее интересе к тяжелому положению беженцев. Эти беседы дали психотерапевту возможность проявить к Мередит свою заинтересованность и уважение, а также положительно подкрепить со-

страдание к клиентке. Психотерапевт также смог использовать данные, полученные после этих бесед, позже в качестве доказательства обоснованности нового глубинного убеждения Мередит ("Я хорошая").

Выражение сожаления по поводу терапевтических ограничений

Иногда для психотерапевта полезно заявить о том, что ему жаль, что он не может сделать для клиента больше: "Хотел бы я, чтобы у меня были силы забрать у вас эту боль" или "Мне жаль, что я не могу быть вашим терапевтом *и* вашим другом". Затем это высказывание важно дополнить более положительным утверждением: "Я хотел бы посмотреть, что мы можем сделать, чтобы *уменьшить* вашу боль" или "Однако, если я должен быть одним из этих двух, я рад быть вашим психотерапевтом, так как могу продолжать усердно работать, чтобы вам помочь ".

Напоминание клиентам о постоянной связи с психотерапевтом

Психотерапевтам следует прямо и косвенно выражать свою постоянную связь с клиентами. Например, они могут указывать клиентам на то, что они не забыты между сессиями.

- "Я думал о вас на этой неделе. И мне пришло в голову, что это может помочь, если мы будем ____________ на этой сессии".

Утверждения такого рода говорят о том, что психотерапевту есть дело до клиентов и он не забывает о них сразу же после завершения сессии. Он думает о них, даже когда их нет рядом, и весь отдает себя помощи им — даже в большей мере, чем они могут знать.

Клиенты часто чувствуют себя менее связанными с людьми в целом, когда они в депрессии. Они также могут чувствовать себя менее связанными и со своими психотерапевтами. Психотерапевтам необходимо быть здесь настороже, особенно при работе с клиентами, чья депрессия значительно возрастает во время лечения. Часто клиенты не только чувствуют себя менее связанными со своими психотерапевтами; они считают, что и последние меньше связаны с ними. Психотерапевты обычно могут выявить эту проблему путем прямого опроса.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На этой неделе вы кажетесь немного другим. Мне интересно, чувствуете ли вы себя менее связанным с психотерапией и со мной?

КЛИЕНТ: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Думаете ли вы также, что *я* чувствую себя менее связанным с *вами*?

КЛИЕНТ: (*Думает.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я рад, что вы сказали мне об этом. Поэтому позвольте мне быть откровенным. Если уж на то пошло, то я чувствую себя *более* связанным с вами сейчас. Мне плохо от того, что вы более депрессивны, и я еще больше хочу вам помочь. (*Пауза.*) Хорошо?

КЛИЕНТ: Хорошо.

Работа над проблемами в терапевтическом альянсе и генерализация на другие взаимоотношения

Если трудности в терапевтических отношениях связаны с дисфункциональными убеждениями клиентов, то психотерапевты могут получить представление об искаженном виде, в котором клиенты видят как их самих, так, вероятно, и других людей. Выявление таких убеждений о психотерапевте и оценка их действенности могут укрепить терапевтический альянс. Психотерапевт часто также имеет возможность моделировать решение межличностных проблем. Многие клиенты не выработали это умение; у многих никогда не было опыта решения проблем в отношениях благоразумным образом. В действительности один из самых важных уроков для клиентов с историей межличностных трудностей заключается в том, что когда люди обладают доброй волей, то они могут решать межличностные проблемы. Генерализация того, чему они научились, помогает клиентам развивать более функциональные отношения за пределами психотерапии.

В начале этого раздела описывается последовательность действий, полезная, когда клиенты испытывают трудности со своими психотерапевтами. Далее описано, как психотерапевты могут использовать терапевтические отношения, чтобы предоставлять конструктивную обратную связь о межличностном поведении клиентов.

Когда клиенты испытывают трудности с психотерапевтом

Когда в терапевтических отношениях сформировалась значительная проблема, может быть полезной такая последовательность действий.

Приведенный пример был взят из терапевтической сессии с клиенткой, которая разозлилась на своего психотерапевта из-за его попытки ограничить ее привычку звонить ему по пустякам между сессиями.

- Выявить, а затем обобщить искаженные автоматические мысли клиента в контексте когнитивной модели ("Итак, когда я поднял тему телефонных звонков, у вас возникла мысль "Моему психотерапевту все равно", вы испытали боль и рассердились. Правильно? Насколько сильно вы были убеждены в правильности этой мысли, когда она у вас появилась? Насколько вы убеждены в ней сейчас?").
- Помочь клиенту проверить действенность автоматических мыслей и альтернативных точек зрения путем сократического диалога ("Какие доказательства не привлекают моего внимания? Есть ли доказательства другой точки зрения? Существует ли альтернативное объяснение того, что здесь произошло?").
- Поощрить клиента прямо задавать вопросы психотерапевту ("Для вас *так* важно узнать, кажется ли мне эта идея, до которой мне нет дела, правдивой. Как вы можете это узнать? Как насчет того, чтобы спросить меня напрямую?").
- Обеспечить прямую, искреннюю положительную обратную связь ("Конечно *же*, я беспокоюсь о вас. Причина, по которой нужно ограничить ваши телефонные звонки между сессиями, — это то, что мне необходима личная жизнь, чтобы *я* мог быть уравновешенным и способным помогать вам и другим моим клиентам").
- Заняться решением проблем ("Как насчет того, чтобы выяснить, что еще вы *можете* делать, когда действительно расстроены? Я не хочу, чтобы вы просто ждали следующей сессии и продолжали страдать").
- Выявить и изменить дисфункциональные предположения ("Итак, обобщая, это звучит так, будто вам в голову пришла следующая идея: «Если моему психотерапевту *действительно* есть до меня дело, то он будет мне помогать всякий раз, когда я расстраиваюсь, независимо от того, чем он при этом занят». Как еще можно посмотреть на это?").
- Оценить предположения в контексте других отношений ("Были ли у вас когда-либо подобные представления об окружающих? То есть, если им *действительно* есть до вас дело, то они будут делать все, что в их силах, когда вы расстроены? Заставляла ли вас эта

идея расстроиться также на их счет? В отношении кого у вас *есть* эта идея? Воспринимаете ли вы ее теперь иначе?").

- Попросить клиента генерализовать его новый опыт и записать его для последующего домашнего анализа.

Когда клиенты нуждаются в обратной связи по поводу межличностного стиля

Для психотерапевтов полезно использовать собственные отрицательные реакции на клиентов, поскольку они могут помочь оценить степень, в которой поведение и установки клиентов на сессии репрезентируют их поведение и установки вне сессии. Благодаря своим реакциями психотерапевты могут прийти к озарению в отношении трудностей клиентов и того, как реагируют люди из их окружения. Если у психотерапевта развивается интенсивная реакция на клиента за ограниченное время сессии, то вполне вероятно, что окружающие, особенно те, кто проводит значительно больше времени с клиентом, реагируют еще интенсивнее (*Newman & Ratto, 2003*).

Важным вариантом терапевтических отношений для психотерапевтов может быть обучение клиентов важным межличностным навыкам, например тому, как изменять коммуникационный стиль, когда они испытывают дистресс (*Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993*). После нескольких месяцев терапии Кэрри, клиентка с пограничным расстройством личности, сформировала благоразумный терапевтический альянс со своим психотерапевтом. Однако на одной из сессий Кэрри очень расстроилась, когда психотерапевт спросил, каковы ее идеи в отношении решения проблемы с Генри, ее коллегой. Затем психотерапевт предложил несколько вариантов. Кэрри успокоилась и включилась в их обсуждение. Впоследствии психотерапевт предоставил Кэрри обратную связь о том, как она изначально выразила свои чувства, поскольку знал о том, что у Кэрри был паттерн обвинения людей, когда она пребывала в дисфории, что привело к тому, что многие от нее отдалились.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Окей, вы хорошо себя чувствуете в отношении плана, как справиться с Генри?

КЭРРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все будет в порядке, если мы чуть-чуть вернемся назад? Вы помните, что случилось, когда вы рассказали мне

о проблеме и я спросил, были ли у вас какие-то идеи о том, как ее решить?

КЭРРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что творилось у вас в голове?

КЭРРИ: Кажется, я подумала о том, что вы ожидали, что я пойму, что делать, но я не смогла! Вот почему я подняла этот вопрос в первую очередь!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, неудивительно, что вы были так расстроены. Это был тот же вид чувств, которые иногда возникают у вас с вашим мужем? Или с вашей матерью?

КЭРРИ: Наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда у меня есть некоторые идеи по поводу того, как вы могли бы лучше получать от них помощь.

КЭРРИ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда вы действительно расстроены, вы могли бы сказать им так, как это сделали сегодня: "Вы мне недостаточно помогаете! Вы не понимаете!" Или вы могли бы сказать "Я чувствую себя подавленной. Мне действительно нужна ваша помощь". (*Пауза.*) Вы видите разницу? В первом случае собеседник может отреагировать достаточно оборонительно. Во втором случае он может быть гораздо более мотивирован, чтобы помочь вам. (*Пауза.*) Как вы думаете?

КЭРРИ: (*медленно*) Я думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотите больше подумать об этом на этой неделе?

КЭРРИ: Да.

Сводный клинический случай

Этот заключительный клинический случай иллюстрирует многие из принципов, описанных в этом разделе: принесение клиенту извинений; работа над активацией его дисфункциональных убеждений; выявление паттерна его реакций на своего психотерапевта; изменение дисфункционального убеждения в отношении психотерапевта; генерализация того, чему клиент обучился.

Психотерапевт привлекла Майкла к расширенному обсуждению проблемы терапевтических отношений только *после* нескольких случаев, когда он раздражался в ответ на позитивное подкрепление с ее стороны. На их третьей сессии Майкл, депрессивный клиент, снова проявил недовольство психотерапевтом. Майкл только что описал результаты поведенческого эксперимента, который он провел в рамках выполнения домашнего задания: проявлять ассертивность[12] к коллеге, которая раздражала его своей болтовней.

МАЙКЛ: Она казалась удивленной и несколько отстранилась на пару дней; теперь она меня раздражает меньше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, как по поводу идеи, что, если вы бы что-то сказали, то это было бы слишком неудобно по отношению к ней?

МАЙКЛ: Сначала я думал, что так все и произойдет, но теперь все в порядке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я думаю то, что вы сделали это, действительно важно. У вас было негативное предположение, которое вы проверили; и вы обнаружили, что оно неверно. А также на работе вы изменили порядок вещей к лучшему... Это в самом деле хорошо.

МАЙКЛ: (*Выглядит раздраженным.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем вы только что подумали, когда я сказала это?

МАЙКЛ: (*Переводит дыхание.*) Что вы покровительствуете мне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*моделирует извинение*) О, извините, если я произвела такое впечатление. Я не хотела. (*Пауза.*) Есть ли что-нибудь еще в отношении вашей работы, о чем нам следовало бы поговорить?

МАЙКЛ: Ну, не совсем. (*Вздыхает.*) Я просто хочу, чтобы она уволилась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Да, это могло бы решить множество проблем. (*Пауза.*) Следует ли нам поговорить теперь о вашей проблеме с организацией домашних дел?

МАЙКЛ: Да, хорошо.

---

[12] Ассертивность — способность уверенно и настойчиво отстаивать свои интересы, учитывая при этом интересы другой стороны. – *Примеч. ред.*

В этом диалоге психотерапевт решила не останавливаться на реакции клиента на нее. Она просто извинилась и продолжила. Она и клиент смогли восстановить сотрудничество в решении другой важной проблемы. На следующей сессии психотерапевт рассмотрела попытки (неудачные) клиента следовать программе физической активности, которую они обсудили во время предыдущей сессии. Клиент снова почувствовал, что психотерапевт покровительствует ему. Психотерапевт косвенно приняла ответственность за проблему и перенаправила клиента.

МАЙКЛ: (*Вздыхает.*) Я не знаю, что со мной не так. Я *знаю*, что мне нужно заниматься физическими упражнениями. Я становлюсь все более слабым и дряблым. Я *знаю*, что мне становится лучше, когда я их выполняю. Я не знаю, как себя мотивировать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*нормализуя переживания клиента и осуществляя психообразование*). Знаете, многие люди думают, что *сначала* им нужно испытать мотивацию, и только *тогда* они могут заставить себя что-то сделать. На самом деле все наоборот. Большинство людей просто должны начать *делать* это; и тогда они чувствуют себя более мотивированными.

МАЙКЛ: (*раздраженно*) Я знаю, я знаю. Вы не говорите мне ничего нового.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*признавая отрицательную реакцию клиента*) Не очень полезно, да?

МАЙКЛ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*надеясь восстановить сотрудничество, сосредоточив внимание на проблеме другим, более приемлемым способом*) Ну, возможно, было бы более полезно, если бы мы выяснили, о чем вы думали на этой неделе, что привело к нынешней ситуации. Когда в точности на этой неделе был момент, когда вы подумали о том, чтобы пойти в спортзал?

Затем психотерапевт помогает клиенту выявить его саботирующие мысли и разработать устойчивый ответ, который он запишет на карточке для каждодневного напоминания себе дома. Позже на сессии клиент снова почувствует себя раздраженным.

МАЙКЛ: Итак, я напомнил себе о том, что, возможно, это была не только моя вина в том, что с Джулией (бывшей девушкой) все пошло не так хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И когда вы смогли сказать себе это, то как вы себя почувствовали?

МАЙКЛ: Немного лучше. Я имею в виду, что она тоже не Мисс Совершенство.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно хорошо. Вы действительно смогли повлиять на свое настроение.

МАЙКЛ: (*Выглядит кислым.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ох, что только что было у вас на уме?

МАЙКЛ: Это звучит настолько покровительственно, когда вы говорите такие вещи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как?

МАЙКЛ: Как будто вы похлопываете меня по голове. (*Имитируя неприятный тон.*) "Хороший мальчик".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я рада, что вы сказали мне об этом... Я выглядела неискренне? Это об этом?

МАЙКЛ: Нет, скорее речь идет о том, что вы хвалите меня за такие незначительные вещи. Это кажется почти оскорбительным. (*Пауза.*) Нет, я, конечно, не думаю, что вы действительно *преднамеренно хотели* меня оскорбить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это правда. Я не хотела. Но что если это *было* правдой, что я *хвалила* вас за то, что вы делали незначительные вещи? Что было бы в этом такого плохого?

МАЙКЛ: (*Смотрит вниз.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*выдвигает гипотезу*) Заставляет ли это вас определенным образом чувствовать себя маленьким ребенком? Словно я признанный специалист или более влиятельный человек, который покровительствует кому-то менее значительному?

МАЙКЛ: (*Думает.*) Да, что-то в этом роде.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы просто так это говорите? Или вы действительно согласны с этим?

МАЙКЛ: Нет, я думаю, это правда. Это словно вы учитель или что-то в таком роде, а я просто ученик.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я могу понять, насколько это тяжело. И в некотором смысле вы правы. У меня есть вещи, которым я могла бы научить вас... С другой стороны, я бы скорее воспринимала нас с вами как команду.

МАЙКЛ: Хмм.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, как у команды у нас есть проблема, которую нам следует решить всем вместе. Я думаю, что я могла бы перестать хвалить вас за успехи... но нам нужно выяснить, как вы можете узнать, что вы на правильном пути. Есть ли какой-то другой способ, которым я могла бы сказать вам что-то хорошее?

МАЙКЛ: Какой это?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не знаю... Может быть, нам обоим воспринимать себя командой?

МАЙКЛ: (*Думает.*) Нет... Я не думаю, что способен на это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это тяжело. Не могли бы вы подумать об этом на этой неделе? Подумайте о том, как вы могли бы чувствовать себя лучше, когда я признаю ваши успехи.

МАЙКЛ: Хорошо.

В этом диалоге психотерапевт чувствует, что продолжать сосредоточиваться на проблеме может быть неэффективно, поэтому она просит клиента поразмышлять об этом между сессиями. На следующей сессии психотерапевт оценивает степень, в которой может быть полезно вникать в убеждения, лежащие в основе проблемы терапевтического альянса.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*сотрудничающим тоном*) Я немного думала о проблеме, которая возникла у нас на последней сессии, когда вы почувствовали, что я вам покровительствую. Вы не против, если мы поговорим об этом немного больше сейчас?

МАЙКЛ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Смогли ли вы придумать другой способ взглянуть на это?

МАЙКЛ: Нет, не совсем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Могу ли я спросить вас: возникает ли у вас это чувство покровительства время от времени с другими людьми? Или только со мной?

МАЙКЛ: (*Думает несколько мгновений.*) Нет, не только с вами. Гм, я думаю, что испытываю это чувство крайне часто с моим начальником. Он всегда слишком детально объясняет что-либо. Иногда он, наверное, думает, что я глуп. (*Пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С кем-нибудь еще?

МАЙКЛ: Конечно же, с моими родителями. Я уже говорил вам, они всегда думают, что все знают лучше, чем я. Они всегда говорят мне, что делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет Шарон (его девушка)? Когда-либо чувствовали, что она покровительствовала вам?

МАЙКЛ: (*Думает.*) Не так много... подождите... да, иногда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Например?

МАЙКЛ: Если у нее будет свое мнение, скажем, о том, на какой фильм мы должны пойти, то это потому, что она читает раздел развлечений (в газете). И когда я скажу, что хочу пойти на другой фильм, который, как *я* слышал, был хорошим, то она скажет, что знает, что это будет не очень хорошо, потому что она прочла отрицательный отзыв. Один отзыв — это мнение только одного человека, но она верит ему, и поэтому не хочет идти на фильм, на который хочу пойти я.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это может раздражать. Поэтому я могу сделать вывод о том, что это чувство, словно вы маленький и вам покровительствуют, появляется время от времени.

МАЙКЛ: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предвосхищая его ответ*) Считаете ли вы, что существует вероятность того, что вы сможете изменить своего начальника, своих родителей и Шарон?

МАЙКЛ: Может быть, в случае с Шарон, немного.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А может быть, и в с случае со мной немного?

МАЙКЛ: Может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но ваши начальник и родители будут продолжать вас раздражать?

МАЙКЛ: Да, наверное. И моя сестра.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, хотели бы вы узнать, как не раздражаться так много? Как не позволить всем им заставить вас чувствовать себя маленьким?

МАЙКЛ: Да, я думаю, это было бы хорошо.

В этом диалоге психотерапевт констатирует, что реакция клиента на нее является частью более крупного паттерна. Она считает, что стоит потратить время на работу с этой проблемой в терапевтических отношениях, поскольку потом у нее появится возможность укрепить их альянс и помочь клиенту генерализировать то, чему он научился, в других важных отношениях. Обратите внимание, как она фасилитировала[13] согласие клиента трансформировать проблему в цель, посочувствовав его досаде и предложив ему способ чувствовать себя лучше. В диалоге, приведенном ниже, психотерапевт предлагает альтернативную точку зрения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, мы могли бы начать с меня. Думаю, у вас есть выбор. Когда я скажу что-то положительное или буду слишком детально что-то объяснять или не соглашаться с вами, вы могли бы сказать себе "Мой психотерапевт покровительствует мне", а затем почувствовать раздражение, даже если я искренне не пыталась заставить вас чувствовать себя маленьким ребенком... Или вы могли бы сказать себе "Мой психотерапевт не пытается покровительствовать мне. Она пытается помочь мне почувствовать себя лучше" или "Это просто ее манера". (*Пауза.*) Или я полагаю, вы могли бы сказать "То, что она думает, что я не знаю чего-то, или искренне считает мой незначительный поступок хорошим и важным, не делает меня маленьким. *Есть* вещи, которым я должен научиться, чтобы преодолеть депрессию. И я заслуживаю признания за то, что я делаю". (*Пауза.*) Что вы думаете?

МАЙКЛ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, если бы вы *могли* сказать себе "Она права – я заслуживаю похвалы" или "Хорошо, что я уже знал это", почувствовали бы вы себя менее раздраженным?

МАЙКЛ: Да, я думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, есть о чем подумать. Возможно, мы могли бы поговорить об этом больше на следующей неделе.

МАЙКЛ: Хорошо.

---

[13] Фасилитация (от англ. facilitate – "помогать", "облегчать", "способствовать") – действия, призванные способствовать принятию решения. – *Примеч. ред.*

Психотерапевт чувствует, что клиент не готов принять этот более действенный (и более точный) подход на данный момент. Она посеяла семена и будет оценивать на последующих сессиях степень, в которой им удастся углубиться в эту проблему. Как только клиент по-настояще-му изменит свое восприятие психотерапевта, она сможет помочь ему перенести это новое понимание покровительства в другие отношения и подключит тренинг ассертивности (чтобы он мог соответствующим образом отстаивать свое мнение при общении с окружающими) в сочетании с реагированием на дисфункциональные убеждения.

Выводы

Многие "трудные" клиенты хорошо реагируют, когда психотерапевты видоизменяют применение стандартных принципов когнитивной терапии для создания сильного терапевтического альянса. Другие клиенты представляют бо́льшую проблему. Однако возникающие при этом трудности предоставляют психотерапевту возможность лучше концептуализировать дисфункциональные убеждения клиентов и получить представление о воздействии их поведения на окружающих. Терапевтические отношения могут стать мощным средством перемен, поскольку психотерапевты помогают клиентам изменить свои негативные представления о себе и о психотерапевте, а затем применить этот опыт для изменения негативных представлений о других людях.

Глава 5

Сложности в терапевтических отношениях

Клинические случаи

Следующие клинические случаи иллюстрируют распространенные трудности, которые могут возникнуть в терапевтических отношениях. Первые несколько клинических случаев посвящены клиентам, которые по разнообразным причинам злятся на своих психотерапевтов: они убеждены в том, что терапевт инвалидировал их, собирался отвергнуть их, пытался контролировать их, не понимал их или не проявлял к ним интереса. Затем приводятся клинические случаи клиентов, которые скептически относились к лечению, чувствовали принуждение к лечению или сопротивлялись структуре лечения. В следующих клинических случаях описывается клиентка, которая предоставляла отрицательную обратную связь в конце сессий, и клиентка, которая была не в состоянии предоставить отрицательную обратную связь своему психотерапевту, даже если имела на это все основания. Наконец приводится клинический случай клиентки, которая избегала раскрытия важной информации своему психотерапевту.

Клинический случай 1: клиентка, которая чувствовала, что была инвалидирована психотерапевтом

Во время одной из сессий Розалинда описала ситуацию, в которой она испытала инвалидацию со стороны своего брата. Когда ее психотерапевт начал расспрашивать о ее восприятии этой ситуации, она снова испытала инвалидацию. Психотерапевт концептуализировал случившееся и изменил свою стратегию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подытоживая*) Итак, когда ваш брат сказал, что не изменит свои семейные планы, вы подумали: "Опять он начинает, никогда не уступает *мне* и *моей* семье, всегда делая то, что хочет *он*". И вы чувствовали себя очень уязвленной и злой. (*Пауза.*) Правильно?

РОЗАЛИНДА: Да. Он *никогда* не считается с моими чувствами, никогда не задумывается о том, как то, что делает *он*, влияет на *меня*!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что это значит? Или что в этом самое худшее?

РОЗАЛИНДА: Это означает, что я не важна.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Существуют ли другие объяснения того, почему он не захотел изменить свои планы, кроме того, что он считает, что вы не важны для него и ему все равно?

РОЗАЛИНДА: Вы не понимаете! Он всегда был таким! Он всегда ставит себя на первое место!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, тогда, похоже, что он самый важный человек в своих глазах.

РОЗАЛИНДА: Ну, да!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это очень обижает вас.

РОЗАЛИНДА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хотел бы посмотреть, можем ли мы помочь вам испытывать меньший дистресс от этого. Это будет хорошо?

РОЗАЛИНДА: (*сердито*) Вы говорите, что я не должна быть расстроена? Это то, что всегда мне говорят! Вы такой же, как и все! Вы просто не понимаете!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*спокойно*) Ну, вы можете быть правы в том, что я этого не понимаю, но я *не* говорил, что вы не должны быть расстроены. Учитывая то, о чем вы думали, то вы должны быть!

РОЗАЛИНДА: Итак, теперь вы говорите, что мое *мнение* было неправильным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На самом деле я не знаю, вы можете быть правы на 100 %. Все, что я знаю *наверняка*, – это то, что вы очень огорчены из-за своего брата, и я хотел бы посмотреть, можем ли мы что-либо сделать, чтобы вы так себя не чувствовали. (*Пауза.*) Но есть ли что-то плохое в том, чтобы попытаться чувствовать себя менее огорченным?

РОЗАЛИНДА: Вы как будто говорите, что я не права. Как и все остальные (*передразнивая*): "Розалинда, ты слишком остро реагируешь", "Розалинда, ты слишком чувствительна".

Психотерапевт понимает, что он должен менять механизмы. Попытка исследовать, могут ли быть у ее брата иные мотивы, активировала идеи Розалинды о том, что она может быть неправильно понята и ее будут считать не правой и ущербной. Психотерапевт действительно не знал, в какой мере клиентка была точна в оценке ее брата. И он не может знать этого, пока они не будут совместно изучать доказательства и, возможно, рассмотрят альтернативные объяснения его поведения. Однако психотерапевт делает вывод о том, что, если пойти на это в данный момент, то это, вероятно, приведет к разрыву их альянса. Вместо этого психотерапевт сочувствует Розалинде, а затем решает выявить убеждение, которое вызывает ее реакцию по отношению к брату.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, это ужасно – так себя чувствовать. (*Пауза.*) Предположим, что вы правы на 100% в том, что вы *не важны* для своего брата. Что это для вас значит?.. Что в этом самое худшее?

РОЗАЛИНДА: (*объясняя*) Видите ли, моя семья меня всегда отвергала. Мои родители всегда были благосклоннее к моему брату. Он любимец. Он золотой мальчик. Он привлекал все внимание. Они думали, что он наилучший. Они *все еще* так думают.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Неудивительно, что это так обидно. Что значит для вас то, что они и он так к вам относятся?

РОЗАЛИНДА: Ну, это заставляет меня чувствовать себя так, словно я ничтожество (глубинное убеждение).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Кивает.*) Ничтожество. (*Пауза.*) Звучит ли это знакомо? Мне кажется, что мы уже говорили об этой идее раньше.

РОЗАЛИНДА: Да.

Затем они обсуждают, действительно ли Розалинда *была* ничтожеством, если с ней дурно обращались, или же она была важным человеком независимо от отношения своей семьи. Психотерапевт помог Розалинде определить ее общие предположения: "Если люди не считаются со мной, то это значит, что они думают, что я не важна" и "Если люди думают, что я не важна, то они правы – я ничтожество". Психотерапевт попросил Розалинду продолжить и сообщать ему, как только она почувствует, что он плохо к ней относится, чтобы они могли незамедлительно решить эту проблему. На следующей сессии психотерапевт помог Розалинде увидеть, что она была сверхбдительной к отношению людей и порой неверно интерпретировала мотивы окружающих, поскольку сама чувствовала себя "ничтожеством".

Клинический случай 2: клиентка, которая боялась быть отвергнутой психотерапевтом

Глубинное убеждение Андреа заключалось в том, что она плохая. Она была убеждена в том, что ее психотерапевт также будет воспринимать ее в крайне негативном свете. К концу первой сессии Андреа сердито сказала своему психотерапевту, что, как она полагает, тот ее отвергнет. Психотерапевт ответил прямым, эмпатичным и обнадеживающим способом.

АНДРЕА: Почему вы согласились работать со мной как с клиенткой? Вероятно, вы устанете и откажетесь от меня, как и другие мои психотерапевты.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) О, вы должно быть переживали *такие* тяжелые случаи в прошлом. (*Пауза.*) Мне жаль, что у вас был такой опыт.

АНДРЕА: Но, вероятно, вы сделаете то же самое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, я не думаю, что это произойдет. Я не думаю, что когда-либо фактически *выгонял* клиента. Дайте мне подумать... *Было* несколько клиентов, с которыми мы *совместно* решили, что они должны попробовать обратиться к кому-то еще ... хотя я не знаю, почему это должно произойти с вами.

АНДРЕА: Тем не менее это, вероятно, произойдет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что побуждает вас думать подобным образом? Вы что-то уловили на мой счет?

АНДРЕА: Вы – психотерапевт. Вы, по правде говоря, все одинаковые.

В следующей части сессии психотерапевт сначала подтверждает вероятность того, что клиентка может быть права, затем помогает клиентке оценить ее мысль ("Вы, по правде говоря, все одинаковые"), отделяя себя и свое лечение от ее предыдущего терапевтического опыта.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я думаю, что это *возможно*, что я такой же. С другой стороны, у меня довольно хороший послужной список, и мне удавалось помочь людям, которые пробовали работать с другими психотерапевтами.

АНДРЕА: (*изменяя аргумент*) Эта психотерапия в любом случае не поможет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что побуждает вас думать подобным образом? (вариация "Каковы доказательства для этой идеи?")

АНДРЕА: Ни одна из моих предыдущих терапий не помогла. Я все еще в депрессии. Моя жизнь по-прежнему паршивая.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*ссылаясь на элементы когнитивной терапии, которые обсуждались ранее на сессии*) Ну, неудивительно, что у вас нет большой уверенности в психотерапии. (*Пауза.*) Звучит ли это так, будто бы в этой психотерапии нет ничего *другого*? Устанавливал ли какой-либо другой психотерапевт повестку дня вместе с вами; отправлял вас домой с терапевтическими заметками, которые можно было прочесть; просил предоставлять ему обратную связь в конце каждой сессии?

АНДРЕА: (*медленно*) ...Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, на самом деле это обнадеживает. Если бы я планировал делать *в точности то же самое*, что делали другие ваши психотерапевты, я бы сказал, что, скорее всего, вероятность того, что я смогу быть вам полезным, крайне низка. (*Пауза.*) Я не могу *гарантировать* то, что я смогу вам помочь, но я не вижу *причин*, по которым я не мог бы этого сделать. (*Пауза.*) Готовы ли вы дать мне шанс, скажем, на четыре или пять сессий и посмотреть, что будет происходить?

АНДРЕА: Я не знаю, могу ли я пообещать это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В таком случае, я думаю, на данный момент нам просто нужно будет проходить сессию за сессией. (*Пауза.*) Тем временем это *так* важно, что вы сказали мне о том, что думаете, что я откажусь от вас в психотерапии. Мне необходимо, чтобы вы *продолжали* давать мне знать тогда, когда у вас появляется эта мысль. Вас это устраивает?

АНДРЕА: Полагаю, что так. (*Меняя тему.*) Я знаю, вы, должно быть, думаете, что я — сущее наказание, буду отравлять вам жизнь и все такое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предоставляя как можно более честный положительный ответ, какой только может*) Нет, я *не* думаю, что вы — наказание. Я думаю, что я понимаю, почему это сложно для вас.

АНДРЕА: Но ваши другие клиенты... они должны быть легче.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, да, я думаю, некоторые из них. Но это не значит, что я не хотел бы продолжать работать с вами. (*Подразумевая то, что она особенная.*) Вы *не* обычный, заурядный клиент. Вы держите меня в тонусе.

Затем психотерапевт проверяет, насколько Андреа доверяет его честности:

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы мне верите, когда я говорю, что хочу продолжать работать с вами?

АНДРЕА: (*отводит взгляд*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*догадываясь о низком уровне*) 10%? 25%?

АНДРЕА: Может быть, 25%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все в порядке, это хорошее начало. Ну, я думаю, что время покажет. Однако повторю, что я не хочу, чтобы *вы* уволили *меня* как психотерапевта. Мне хотелось бы продолжать работать с вами.

Во время этого взаимообмена психотерапевт Андреа концептуализировал, что были активированы глубинное убеждение Андреа о том, что она плохая, и ее предположение о том, что другие вероятно, ее отвергнут. Он пытался отделить себя и когнитивную терапию от прошлых психотерапевтов Андреа и ее терапевтического опыта и выразил желание продолжать лечение Андреа. Он добивался, но не стал настаивать на том, чтобы Андреа обязалась продолжать лечение, и подкрепил выражение ею своих страхов. Он тонко напомнил Андреа, что не полностью распоряжается ситуацией и что у *нее самой* есть возможность завершить лечение, когда она того захочет. Благодаря этим вещам Андреа успокоилась и согласилась на полный курс психотерапии.

Клинический случай 3: клиент, который чувствовал контроль со стороны психотерапевта

Трудности в терапевтическом альянсе возникли во время второй терапевтической сессии с Джейсоном, 59-летним мужчиной, поскольку он и его психотерапевт обсуждали, каким образом Джейсон может улучшить свое настроение путем изменения своего поведения. Джейсон был недоволен предложением своего психотерапевта. Психотерапевт сразу решила продемонстрировать свою готовность идти вместе с клиентом, потому что его колючесть на их первой сессии заставила ее предположить, что он плохо отреагирует, если на этом этапе она непосредственно обратится к проблеме в альянсе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Считаете ли вы, что вам могло бы помочь, если бы вы попытались каждый день ненадолго выходить на улицу?

ДЖЕЙСОН: (*категорически*) Нет!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда давайте вычеркнем это. Можете ли вы подумать о чем-нибудь еще, что вы делали в прошлом и что, казалось, помогало вам поднять настроение, даже если этого было совсем немного?

Несколько минут спустя возникла аналогичная проблема. Принимая гипотезу о том, что эти две ситуации представляют собой дисфункциональный паттерн, психотерапевт затронул эту проблему непосредственно. В следующей записи Джейсон рассказывает о проблеме постоянной головной боли.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Рассматривали ли вы возможность повторного обращения за помощью к своему врачу (по поводу ваших мигреней)?

ДЖЕЙСОН: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, это может быть хорошей идеей?

ДЖЕЙСОН: Нет!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*мягко*) Джейсон, что было у вас на уме, когда я предложила это?

ДЖЕЙСОН: Вы ожидаете, что я буду работать над проблемой мигрени, а я не хочу принимать лекарства, которые в любом случае не сработают, так что на самом деле нет ничего, что я мог бы сделать!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*показывая удивление*) Джейсон, я в замешательстве... Вы слышали, что я сказала?

ДЖЕЙСОН: Ну, вы сказали, что я должен работать над моей мигренью, что означает прием лекарственных средств. Я и так уже слишком много чего делаю!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно важно. Я *не* хочу, чтобы вы сейчас работали над своей проблемой с мигренью, если это вызовет у вас сильный стресс. (*Пауза.*) Вы помните, что я сказала *на самом деле?*

ДЖЕЙСОН: Что-то о приеме лекарств. Но я не хочу этого делать!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда вы не должны этого делать. И мне жаль, что вы чувствуете себя расстроенным из-за этого. Но вы должны знать, что я *не* думаю, что вам следует обязательно автоматически принимать лекарства. Когда вы будете готовы, можете просто захотеть получить дополнительную *информацию* от своего врача о том, какие у вас есть варианты. Я *не* думаю, что вам в обязательном порядке следует работать над мигренями прямо сейчас.

ДЖЕЙСОН: (*меняя тему*) Кажется, что все, о чем мы говорим, – это просто капля в море.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, в каком-то смысле, вы правы. (*Предлагает аналогию.*) Для вас важно делать небольшие шаги, чтобы вы не были ошеломлены... Но ежедневные маленькие шаги в конечном итоге могут составить очень большой путь. Капля камень точит, как утверждает пословица.

ДЖЕЙСОН: (*Вздыхает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это звучит так, словно то, о чем мы говорили сегодня, не помогло. Есть ли у вас чувство по поводу того, что могло бы помочь лучше?

ДЖЕЙСОН: (*Качает головой.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, у меня есть чувство, что мы находимся по разные стороны баррикады. Есть ли у вас какие-либо идеи о том, как мы могли бы оказаться на одной и той же стороне?

ДЖЕЙСОН: (*Пожимает плечами.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*высказывая гипотезу*) Мне интересно, чувствуете ли вы, как будто бы я действительно не понимаю, что это значит для вас, что я каким-то образом критикую или обвиняю вас.

ДЖЕЙСОН: (*Бормочет.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возможно, сегодня настолько сильная ориентация на решение проблем просто не сработает. Возможно, мне следует просто больше слушать и попытаться понять.

ДЖЕЙСОН: (*Пауза.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы думаете о том, чтобы сегодня *не* пытаться продвигаться вперед к улучшению вашей жизни. (*Пауза.*) Вместо этого, может быть, вы могли бы помочь мне лучше понять, что происходит с вами.

ДЖЕЙСОН: (*Пожимает плечами.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли у вас чувство, что я *хочу* помочь?

ДЖЕЙСОН: Я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы правы. Я хочу.

ДЖЕЙСОН: Но это *не* помогает, когда вы возлагаете на меня все эти ожидания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Полезно знать это. Хорошо, я предлагаю вам соглашение. Сегодня я постараюсь не возлагать на вас ожидания. Но если вы почувствуете, что я делаю это, готовы ли вы сообщить мне об этом, как вы сделали в случае с лекарствами? Тогда я честно скажу вам, *совершила* ли я ошибку и ожидала ли чего-то... Что скажете?

ДЖЕЙСОН: (*медленно*) Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, скажите мне, чего я не понимаю?

На сессии Джейсон чувствовал себя уязвимым и слабым. Будучи сверхбдительным к признакам контроля и причинения вреда, он сделал поспешные выводы о психотерапевте и обвинил ее. Его психотерапевт спокойно ответила, исправила его некорректное восприятие и попыталась придать надежды, когда Джейсон чувствовал себя безнадежным и умалял лечение. Распознав разрыв в терапевтическом альянсе, психотерапевт продемонстрировала свое понимание, строя гипотезы о том, почему клиент чувствовал себя расстроенным, а затем предложила изменить то, что они делали. Психотерапевт указала на свое желание помочь клиенту. Она попросила Джейсона в будущем исправлять ее,

позволяя клиенту почувствовать свое превосходство. Внимательно слушая и демонстрируя эмпатическое, точное понимание, психотерапевт снизила ожидания Джейсона по поводу возможного вреда, тем самым ослабив его склонность использовать копинг-стратегию, заключавшуюся в атаке других людей, прежде чем они нападут на него. Ближе к концу сессии Джейсон успокоился. Затем психотерапевт перешла к непосредственной работе над отношениями.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы думаете? Была ли вторая часть сессии лучше?

ДЖЕЙСОН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы мне верите, когда я говорю, что постараюсь не ожидать от вас слишком многого?

ДЖЕЙСОН: Думаю, я верю, что вы попытаетесь, но не уверен, что вы так или иначе не будете этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы можете быть правы. И каковы меры предосторожности?

ДЖЕЙСОН: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я думаю, мы согласились, что вы будете контролировать это вместе со мной, замечая, когда я совершаю подобную ошибку, и сообщая мне, чтобы я могла ее исправить.

ДЖЕЙСОН: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тем не менее не могли бы вы сказать мне, в чем заключалась бы наихудшая возможность, если бы у меня *были* необоснованные ожидания на ваш счет?

ДЖЕЙСОН: Я чувствовал бы, что мне следовало сделать то, что вы от меня хотите.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Или в противном случае?..

ДЖЕЙСОН: Или вы скажете, что вы больше не будете мне помогать. (*Бормочет.*) Мой последний психотерапевт сделал это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда я думаю, нам лучше прийти к другому соглашению, если оно вас устроит. Я хотела бы продолжать работу с вами до тех пор, пока могу быть полезна вам, независимо от того, можете ли вы делать то, о чем мы говорили с вами.

ДЖЕЙСОН: Да...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*восстанавливая равновесие сил*) И я хотела бы, чтобы вы продолжали работать со *мной* и проверяли мои намерения, если у вас есть ощущение того, что я тем или иным образом не на вашей стороне.

ДЖЕЙСОН: (*Делая паузу.*) Хорошо.

Психотерапевт Джейсона поняла, что ее клиент был хрупким. Его болезненные глубинные убеждения постоянно активировались во время сессий несмотря на то, что психотерапевт действовала обоснованно. Психотерапевт отдала себе отчет в том, что она должна укреплять терапевтический альянс и помогать Джейсону чувствовать себя в безопасности, иначе рискует тем, что Джейсон прекратит лечение в одностороннем порядке. Затем психотерапевт спросила Джейсона о том, что он думал насчет того, чтобы провести неделю получше, вместо того чтобы предлагать ему домашние задания.

Клинический случай 4: клиентка, которая утверждала, что психотерапевт не понимала ее

Джун была 37-летней незамужней женщиной с неудовлетворяющей ее и низкооплачиваемой работой. Она сильно завидовала тем людям, которых она считала лучше себя, и чувствовала себя ниже в их присутствии. В начале второй сессии психотерапевт спросил, есть ли у нее еще какие-либо цели, чтобы добавить их к списку целей.

ДЖУН: (*с раздражением в голосе*) Послушайте, я не думаю, что вы понимаете.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я не понимаю?..

ДЖУН: Что это значит для меня!.. В конце концов, вы профессионал. Вы зарабатываете много денег. Вы замужем и у вас есть дети... У вас есть все эти вещи. Все те, которых нет у меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Ох, должно быть вы чувствуете, что это так несправедливо по отношению к вам.

ДЖУН: Это так! Так и есть!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы правы, это так. (*Пауза.*) Могли бы вы рассказать мне немного больше о том, чего я не понимаю? Я действительно хотела бы помочь вам более подходящим образом.

ДЖУН: (*слегка успокаиваясь*) Это все так трудно. У меня проблемы с деньгами. У меня никого нет. Мне действительно одиноко. Моя сумасшедшая семейка висит у меня на шее. Я ненавижу свою работу...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Вам *действительно* пришлось нелегко. (*Пауза.*) Я не могу обещать, что смогу облегчить это для вас, но я хотела бы попробовать, если вы хотите этого. (*Пауза.*) Возможно, нам следует выбрать *одну* проблему, с которой мы будем работать сегодня, но вам придется обеспечить меня информацией, чтобы я *могла* понимать вас лучше. (*Пауза.*) Это вас устраивает?

ДЖУН: (*неохотно*) Я полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С чего бы вы хотели начать?

Рассмотрение своего списка целей позволило Джун лучше осознать проблемы, с которыми она столкнулась. Она начала сравнивать себя со своим психотерапевтом, которая действительно жила более легкой и гораздо более полноценной жизнью, чем Джун. Когда это сравнение активировало ее глубинное убеждение о неполноценности, Джун применила свою обычную копинг-стратегию, которая заключалась в обвинении людей. Психотерапевт эмпатически отреагировала, заявила о своем желании помочь, и попросила у клиентки разрешения переориентироваться на решение проблем, что помогло Джун понять то, что она не хотела осознавать. Клиентка неохотно согласилась сосредоточиться на одной проблеме. Они смогли достичь некоторого прогресса в этой проблеме, и клиентка почувствовала себя несколько лучше. В конце сессии психотерапевт вернулась к проблеме терапевтических отношений.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу вернуться к тому, о чем мы начали говорить в начале сессии. У меня сложилось впечатление, что вам трудно еженедельно приходить поговорить со мной. Интересно, не думаете ли вы, что слишком часто сравниваете себя со мной?

ДЖУН: Полагаю, так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне жаль, что это вас огорчает. У вас есть представление о том, как мы можем решить эту проблему?

ДЖУН: Я не знаю, *можно ли* ее решить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Пауза.*) Ну, я хотела бы продолжить попытки. *Мои* предпочтения на наш счет заключаются в том, чтобы продолжать совместную работу. Я *действительно* думаю, что у меня есть что вам предложить, как, например, то, о чем мы говорили сегод-

ня, — как установить границы с вашим отцом, чтобы он не огорчал вас так сильно.

ДЖУН: (*Смотрит вниз и бормочет.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотели бы вы подумать об этом на этой неделе, чтобы мы могли поговорить об этом больше на следующей сессии?

ДЖУН: Я думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я тоже подумаю. (*Пауза.*) Я рада. Я не хочу, чтобы вы уволили меня прежде, чем у нас появится шанс это исправить.

В этой части сессии психотерапевт дала понять, что предпочитает решить проблему в их отношениях и готова приложить усилия, размышляя об этом между сессиями. Психотерапевт также отметила про себя, что необходимо посмотреть, было ли сравнение с другими общей проблемой для клиентки.

Клинический случай 5: клиент, который был убежден в безразличии психотерапевта

Александр, 68-летний мужчина, рассердился на своего психотерапевта, когда она вовремя завершила их четвертую сессию. Психотерапевт выявила специфическое убеждение Александра на ее счет, а также его глубинное убеждение о других людях. Она направляла Александра в изменении его убеждения в контексте их терапевтических отношений и помогала Александру применить то, чему он научился, в отношениях с друзьями и семьей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я вижу, что осталось всего пару минут. Что вы думаете о сегодняшней сессии?

АЛЕКСАНДР: (*отчаявшимся голосом*) Но, но у меня есть эта проблема с моей сестрой. (Александр не поставил эту проблему в повестку дня и не упомянул ее ранее на сессии.) Она вернулась к старому; знаете, это не так, как когда я впервые вышел из больницы. Она тогда так меня поддерживала. Но сейчас...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*прерывая*) О, мне жаль, но сейчас у нас нет времени, чтобы поговорить об этом. Могли бы мы поставить это

на первое место в повестке дня, чтобы поговорить об этом на следующей неделе?

АЛЕКСАНДР: Но вы не понимаете, я действительно не знаю, что делать!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне *очень* жаль, что у нас нет времени. Я вижу, как вы расстроены этим. Вы хотите назначить более раннюю встречу, чтобы мы могли говорить об этом раньше?

АЛЕКСАНДР: Нет! Я хочу поговорить об этом сейчас!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В таком случае вы, должно быть, чувствуете себя действительно разочарованным. Тем не менее я обещаю вам, что на следующей неделе мы поговорим об этом в первую очередь, а также поговорим о том, что я вас разочаровала. Вас это устроит?

АЛЕКСАНДР: (*Сердито бормочет.*) Наверное, у меня нет выбора.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне жаль, что вы расстроены этим. Знаете что? Хотели бы вы написать мне что-нибудь об этом и оставить это для меня в приемной? Я прочитаю это перед нашей следующей сессией, и это натолкнет меня на некоторые идеи о том, что мы должны делать.

АЛЕКСАНДР: (*раздраженным голосом*) Ну, я не буду ничего писать, но *скажу* вам на следующей сессии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Согласна.

АЛЕКСАНДР: (*Бормочет.*) Ну ладно.

На следующей сессии психотерапевт Александра незамедлительно поднимает проблему.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Александр, прежде чем мы будем делать что-либо еще, могли бы мы поговорить о том, что произошло в конце прошлой сессии? Что расстроило вас больше всего?

АЛЕКСАНДР: Ну, у меня была очень большая проблема, а вы явно не хотели об этом слышать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если бы это было правдой, что я не хотела этого сделать, что бы это значило?

АЛЕКСАНДР: Вы заинтересованы только в том, чтобы придерживаться вашего графика.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если бы это было так, то что бы это значило?

АЛЕКСАНДР: Вам нет до меня дела. Расписание перевешивает все остальное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я рада, что вы сказали мне об этом. Потому что это действительно важно, чтобы определить, есть ли мне дело до вас.

АЛЕКСАНДР: Ну, очевидно, что вам нет дела.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, это одна из возможных причин, по которым я завершила сессию вовремя: мне нет дела до вас или ваших проблем. (*Записывает это.*) Каковы другие версии того, почему я закончила сессию вовремя?

АЛЕКСАНДР: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Смотрите, вам важно собрать все факты перед тем, как вы сформируете свое мнение, особенно о чем-то таком, что может вызывать у вас столько страданий. (*Пауза.*) Причина, по которой мне необходимо завершать терапевтические сессии вовремя, заключается в том, что так у меня будет время сделать заметки о вашей сессии и обо всем том, что, как я думаю, нам следует сделать на нашей следующей сессии. Затем я извлекаю файл моего следующего клиента так же, как я сделала несколько минут назад с вашим, чтобы просмотреть свои заметки и попытаться понять, как я могла бы помочь ему наилучшим образом.

АЛЕКСАНДР: Я все еще думаю, что если бы вам действительно было дело, то вы выделили бы время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли какие-то другие способы, которыми я могла бы показать вам, что мне не все равно?

АЛЕКСАНДР: (*Смотрит вниз.*) Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете сказать, как? (*Предлагая доказательства.*) Мой тон голоса, когда я выражаю свое сожаление, что вы так расстроены, (*Пауза.*) в то время как я много работаю над тем, чтобы помочь вам решить проблемы?

АЛЕКСАНДР: Наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что я полагаю, что могла бы просто сидеть и слушать, а не говорить что-либо и не прилагать никаких усилий для помощи.

АЛЕКСАНДР: Да. (*Пауза.*) Но если бы вам *действительно* было дело, то вы дали бы мне дополнительное время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что еще я могла бы сделать, если бы мне действительно было дело до вас?

АЛЕКСАНДР: Вы бы позволили мне звонить вам между сессиями, даже если бы я не был склонен к самоубийству.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что-нибудь еще?

АЛЕКСАНДР: (*Думает.*) Вы сказали бы моей сестре, что ей следовало бы быть более приветливой со мной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*записывая эти вещи*) Что-нибудь еще?

АЛЕКСАНДР: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И тот факт, что я не делаю всего этого, означает, что мне все равно?

АЛЕКСАНДР: Ну, если кому-то действительно есть дело, то он готов давать вам на 100%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О-о-о-о-о, думаю, теперь я поняла. И если кто-то не дает на 100%, это значит...

АЛЕКСАНДР: Что ему все равно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, тогда *неудивительно*, что у вас сложилось представление, что мне все равно.

Затем они обсуждают дихотомическое мышление Александра: кому-то есть дело на 100% и он дает на 100% или ему абсолютно все равно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что бы произошло, если бы я *давала* вам на 100%? Смогла бы я принимать других клиентов? В конце концов, вы, вероятно, хотели бы говорить со мной в любое время дня и ночи. Смогла бы я делать что-то для себя? Было ли бы это вообще *возможным*, чтобы я отдавала вам на 100%?

АЛЕКСАНДР: (*медленно*) Я полагаю, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, *возможно* ли, что, несмотря на то что я не даю вам на 100%, мне все еще есть до вас дело?

АЛЕКСАНДР: Я не уверен. (*Пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли *кто-нибудь*, кто дает вам на 100%?

АЛЕКСАНДР: (*Думает.*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кому, по вашему мнению, есть до вас больше всего дела?

АЛЕКСАНДР: Наверное, моей подруге Надин.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Дает ли *она* вам на все 100%?

АЛЕКСАНДР: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы когда-нибудь думали, что *ей* все равно?

АЛЕКСАНДР: Да, иногда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда это было в последний раз?

АЛЕКСАНДР: Пару дней назад. Мы должны были пойти на ужин, и в последнюю минуту она сказала, что ей нужно работать, и она не может пойти.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы подумали "Надин нет до меня дела"?

АЛЕКСАНДР: Да. Я имею в виду, что если бы ей было не все равно, то она, возможно, смогла бы выбраться. Я знаю, что она делала такое раньше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь видите ли вы это иначе?

АЛЕКСАНДР: Я не уверен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может ли Надин действительно давать вам на 100% и по-прежнему заботиться о себе?

АЛЕКСАНДР: Наверное, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А *вам* есть дело до *Надин*?

АЛЕКСАНДР: Да, и поэтому это так больно, когда она делает что-то подобное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы даете Надин на 100%?

АЛЕКСАНДР: (*длинная пауза*) Я думаю, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тем не менее как это может быть? Если вам действительно есть дело до Надин, разве вы не изменили бы свою жизнь, чтобы давать ей на 100%?

АЛЕКСАНДР: (*Думает.*) Нет. Думаю, я не мог бы этого сделать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, может быть, эта формула, которая у вас в голове, не совсем правильная? Что вы можете заботиться о людях, но при этом не давать им на 100%? И что люди могут заботиться о вас, но при этом не давать вам на 100%?

АЛЕКСАНДР: Может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так возможно ли, что *я* буду заботиться о вас, даже если не буду выделять вам дополнительное время?

АЛЕКСАНДР: (*медленно*) Я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но если вы *предполагаете*, что мне нет до вас дела, то что происходит?

АЛЕКСАНДР: Я злюсь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, мне неприятно, когда вы так расстроены.

АЛЕКСАНДР: (*Вздыхает.*) Но я *хотел* бы, чтобы вы давали мне больше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Конечно. И вам должно быть трудно от того, что я так не делаю. Но можете ли вы понять, что, возможно, мне все равно *есть дело* и что есть причины, которые не имеют никакого отношения к заботе или к тому, почему я не даю вам больше?

АЛЕКСАНДР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, как вы думаете, что могло бы помочь вам напоминать себе об этом на этой неделе?

Клиент и психотерапевт обсуждают адаптивную реакцию. Александр записывает:

> Мой психотерапевт не может давать мне все 100%. Это не значит, что ей все равно. Фактически она говорит, что ей есть дело, и большую часть времени действует в соответствии с этими словами. Если я скажу себе, что ей все равно, я очень расстроюсь, а это может даже не быть правдой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это здорово. Теперь скажите мне, применима ли эта же запись к Надин?

АЛЕКСАНДР: (*Вздыхает.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В таком случае не хотели бы вы добавить ее имя на карточку?

АЛЕКСАНДР: Хорошо. (*Делает это.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И напоследок, то, о чем мы говорили сегодня, применимо ли оно к кому-либо еще, кроме Надин и меня?

АЛЕКСАНДР: Может быть. Я не уверен. Возможно, к моей сестре.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, когда вы будете читать эту карточку дома на этой неделе, сможете ли вы понять, применима ли она к ней?

АЛЕКСАНДР: Да.

На будущих сессиях они обсуждают убеждение, лежащее в основе предположения. Александр считает, что в глубине души он непривлекательный. Таким образом, он сверхбдителен к людям, которым все равно, потому что их безразличное поведение демонстрирует ему свою непривлекательность. Они также обсуждают еще одну стратегию Александра: резкое реагирование и отвержение людей прежде, чем они смогут отвергнуть его.

Клинический случай 6: клиент, который скептически относился к психотерапии

Дэвид обращался за помощью к нескольким специалистам в области психического здоровья, прежде чем начал лечение когнитивной терапией. Он был склонен преждевременно бросать психотерапию и к настоящему времени достиг небольшого прогресса. На первую сессию он пришел скептически настроенным. Кроме того, когда его психотерапевт описала важность обучения реагированию на автоматические мысли, активизировалось его глубинное убеждение в беспомощности, и он применил привычную для себя копинг-стратегию, которая заключалась в избегании — в данном случае, возможно, в избегании психотерапии в целом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Могли бы вы просто подвести итог тому, о чем мы говорили?

ДЭВИД: Ну, я думаю, вы говорили о том, что я должен фиксировать свое депрессивное мышление и мыслить более реалистично. Но, знаете, я не уверен, что такая психотерапия действительно для меня. Я не думаю, что это сработает. (*Пауза.*) Я просто не понимаю, как могут помочь мои сессии и разговоры о моем мышлении.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы правы. Просто приходить и говорить *вряд ли* может помочь или *достаточно* помочь. Помогать будут лишь небольшие изменения в вашей повседневной жизни.

ДЭВИД: (*Пауза.*) Может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Смотрите, я думаю, что это *хорошо*, что вы скептически настроены. Вы *не должны* просто верить мне на слово. Вам нужно попробовать и посмотреть, что произойдет, — посмотреть, помогает ли то, о чем мы говорим во время сессий, и то, что вы попробуете делать дома, чувствовать себя лучше. (*Пауза.*) Есть ли что-либо *конкретное* насчет психотерапии или меня, что заставляет вас думать, что это не сработает?

ДЭВИД: Вот эта штука с автоматическими мыслями. Я не знаю, относится ли это ко мне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я думаю, если вы готовы вернуться к этому в последующие несколько недель, то мы могли бы понять это вместе. (*Пауза.*) Это о том, что вы не думаете, что у вас *есть* автоматические мысли, или вы думаете, что они у вас есть, но, возможно, не можете ответить им ударом на удар и почувствовать себя лучше?

ДЭВИД: Второе, я полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это *моя* работа. Вы пока еще *не должны* знать, как давать им ответный удар. Ранее вы никогда не *были* в таком виде психотерапии. Мы просто будем делать это шаг за шагом, и вы дадите мне знать, достаточно ли я помогаю вам. Справедливо?

ДЭВИД: Да.

Психотерапевт была осторожна в признании скептицизма клиента. Она снизила его тревогу тем, что попросила пообещать ей приходить на психотерапию еще только две недели и что приняла ответственность за его прогресс. Затем он успокоился и смог работать с ней совместно.

Клинический случай 7: клиент, который чувствовал, что его принуждают к психотерапии

Роджера, 16-летнего подростка, обязали пройти психотерапию его школа и родители. Как и многие другие клиенты, которые приходят на психотерапию по настоянию других, он был сильно недоволен тем, что находился в кабинете психотерапевта. Его психотерапевт выдвинула гипотезу о его автоматических мыслях, была эмпатична к нему, нормализовала его реакцию, а затем попыталась продемонстрировать преимущества, которые психотерапия могла бы ему предоставить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, в какой проблеме вам необходима помощь сегодня?

РОДЖЕР: (*Отводит взгляд.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, что беспокоило вас в последнее время? Ваша семья, школа, другие молодые люди?

РОДЖЕР: (*Выглядит раздраженным и не отвечает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, если бы я была на вашем месте, этот офис был бы *последним* местом, в котором я хотела бы оказаться. Готова поспорить, что это была не *ваша* идея — прийти сюда.

РОДЖЕР: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если бы я была вами, я подумала бы "Почему мне нужно говорить с этой женщиной? Она меня не знает. Вероятно, она думает, что может помочь, но она не может этого сделать". (*Пауза.*) Я близка?

РОДЖЕР: Я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я бы подумала "Что мне нужно сделать, чтобы выбраться отсюда? Я ненавижу это". (*Пауза.*) Я права?

РОДЖЕР: (*Вздыхает.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, позвольте мне сказать прямо: я не знаю, могу ли я вам помочь. И я не виню вас в том, что вы не хотите быть здесь... Но до тех пор, пока вы *здесь*, я хотела бы посмотреть, смогу ли я помочь... Конечно, *вам* придется выступить судьей того, стоит ли говорить со мной или я потерпела фиаско.

РОДЖЕР: (*Выглядит удивленно.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, до тех пор, пока вы здесь, могли бы вы рассказать, что вы хотели бы, чтобы было по-другому в вашей жизни? (*Пауза.*) Например, хотели бы вы, чтобы ваши родители отстали от вас?

РОДЖЕР: Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кто-нибудь еще пристает? Учителя? Другие молодые люди?

РОДЖЕР: (*с отвращением в голосе*) Учителя. Хотел бы я, чтобы они оставили меня в покое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, две проблемы. (*Записывая их.*) Родители. Учителя... Теперь, прежде чем мы начнем, если вы чувствуете, что ваши родители и учителя пристают к вам, вы можете почувствовать, что *я* тоже не отстаю от вас. Таким образом, очень важно, чтобы вы сообщили мне, если когда-либо подумаете, что

я так делаю. (*Пауза.*) В противном случае эта терапия не будет работать. (*Пауза.*) Готовы ли вы сказать мне, если я когда-либо буду похожа на ваших родителей или ваших учителей?

РОДЖЕР: Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. О чем вы хотите поговорить сейчас в первую очередь, о вашей семье или о школе?

Психотерапевт Роджера должна была отделить себя от других взрослых в жизни Роджера и прямо обозначить, что она не хочет его контролировать наподобие того, как он воспринимал это в отношении своих родителей и учителей. Ее позиция удивила Роджера. Затем он смог сам отделить своего психотерапевта от других и оказался несколько более готов к сотрудничеству.

Клинический случай 8: клиентка, которая предоставляла отрицательную обратную связь

Психотерапевт не смогла уловить дискомфорт Мередит во время сессии и не оставила достаточно времени в конце сессии, чтобы ответить на ее отрицательную обратную связь. Психотерапевт подкрепила Мередит в выражении ее дистресса и дала понять, что хотела бы обратиться к этой проблеме на следующей сессии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Было ли что-либо, что вам не нравилось на сессии или в чем, по вашему мнению, я ошиблась или не поняла?

МЕРЕДИТ: Да, на самом деле. Я действительно с неудовольствием отмечаю, когда вы заставляете меня рассказывать вам, насколько я убеждена в чем-то или как интенсивно переживаю некоторые эмоции. Я терпеть не могу, когда надо измерять по шкале.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне жаль, что это вас огорчает, но я очень рада, что вы сказали мне об этом. Вас устроит, если мы решим эту проблему первым делом на следующей неделе? (*Записывает это в свои терапевтические заметки.*) Хотелось бы, чтобы мы успели поговорить об этом прямо сейчас, но на самом деле я хотела бы подумать об этом на этой неделе. Я просто не хочу дать вам опрометчивый ответ. Так что, если вам это удобно, мы рассмотрим это, прежде чем поговорим о чем-либо еще на нашей следующей сессии. Вас это устраивает?

МЕРЕДИТ: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Было ли что-нибудь еще, что беспокоило вас на сессии?

МЕРЕДИТ: Нет, я так не думаю.

На следующей сессии психотерапевт повторила Мередит логическое обоснование того, почему необходимо оценивать ее степень убежденности и интенсивность эмоций. Они пришли к соглашению, что для того, чтобы помочь Мередит, психотерапевту, вероятно, было бы достаточно спрашивать о ее оценках в более общих терминах: "Вы убеждены в этом немного, в средней степени или много?", "Вы чувствуете себя прямо сейчас лучше, так же или хуже?"

Колючесть Мередит проявилась во множестве различных терапевтических ситуаций, предоставляя ее психотерапевту множество возможностей смоделировать решение межличностных проблем, что усилило терапевтический альянс. Вскоре психотерапевт выяснила, что Мередит реагировала раздраженно всякий раз, когда активировалось ее глубинное убеждение в беспомощности — как на сессиях, так и вне них. Первоначально психотерапевт пыталась избежать его активации на сессиях, сосредоточившись на помощи Мередит в решении проблем и адаптивном реагировании на мысли, связанные с темой беспомощности в *нетерапевтических* ситуациях (оплата счетов, наем рабочих для ремонта дома, покупка подержанного компьютера). Потом она помогла Мередит применить то, что та узнала благодаря решению этих проблем, к ситуациям, в которых она чувствовала себя беспомощной на сессиях.

Клинический случай 9: клиентка, которая избегала предоставления психотерапевту честной обратной связи

Психотерапевт Шейлы подозревал, что у Шейлы была непроявленная негативная реакция на сессию. В конце сессии психотерапевт побудил ее предоставить честную обратную связь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сегодняшняя сессия немного отличалась от предыдущих. Мне казалось, что я слишком сильно на вас давлю. Вам тоже так показалось?

ШЕЙЛА: Нет, не совсем. Я знаю, что вы просто пытаетесь помочь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли у вас ощущение, что мы слишком быстро продвигаемся (по вашей агорафобической иерархии)?

ШЕЙЛА: (*медленно*) Нет, полагаю, что нет. Я имею в виду, я знаю, что мне просто нужно делать эти вещи или мне не станет лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если бы вы почувствовали, что я слишком сильно на вас давлю, вы могли бы сообщить мне об этом?

ШЕЙЛА: Я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это хорошо, потому что я хочу убедиться в том, что мы правильно проводим эту психотерапию. Если вы начнете думать об этом иначе, когда будете дома, то могли бы непременно сообщить мне об этом в начале нашей следующей сессии?

Психотерапевт Шейлы был осторожен в том, чтобы дать ей разрешение предоставлять ему негативную обратную связь, лишь подразумевая, что он готов при необходимости внести изменения в то, что они делали. Неспособность продемонстрировать открытость и гибкость может иногда приводить к резкому отказу клиентов от участия в психотерапии.

Клинический случай 10: клиентка, которая избегала раскрытия важной информации

Мэнди очень нервничала на сессии, потому что вычислила заранее, что вопросы психотерапевта привели бы к раскрытию информации о физическом насилии, которому она подвергалась со стороны своей матери, когда была еще ребенком. Мэнди в отчаянии заламывала руки, ее лицо выглядело обеспокоенными и искаженным. Когда психотерапевт спросила Мэнди о ее мыслях, она посмотрела вниз и прошептала: "Я не могу вам сказать". Психотерапевт сделала вывод, что их альянс достаточно силен для того, чтобы немного подтолкнуть ее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, хорошо, но можете ли вы сказать мне, испытываете ли вы беспокойство?

МЭНДИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам не нужно рассказывать мне о том, что было у вас на уме, но не могли бы вы рассказать мне о том, что, как вы боитесь, могло бы произойти, если бы вы *рассказали* мне?

МЭНДИ: (*все еще шепотом и смотря вниз*) Вы могли бы подумать, что я плохая. Возможно, вы больше не захотите меня видеть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*суммируя фактические обстоятельства в форме когнитивной модели*) Итак, ситуация заключается в том, что я спросила вас о том, что вы думаете, и у вас были автоматические мысли: "Если я скажу (моему психотерапевту), то она может подумать, что я плохая. Возможно, она больше не захочет меня видеть", и эти мысли заставили вас испытать тревогу. Верно?

МЭНДИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вам не нужно рассказывать, о чем вы подумали, но могли бы мы взглянуть на эти мысли: "Мой психотерапевт подумает, что я плохая. Она может больше не захотеть меня видеть?"

МЭНДИ: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас есть *доказательства* того, что я подумаю, что вы плохая, и больше не захочу вас видеть?

МЭНДИ: (*Скручивается в кресле.*) Ну, то, что случилось, было действительно плохим.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предлагая альтернативный взгляд*) Возможно ли, что *я* не буду рассматривать это как что-то плохое? (*Пауза.*) Или, даже если я так сделаю, что не буду рассматривать *вас* как совершенно плохого человека?

МЭНДИ: (*шепотом*) Думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас есть какие-либо доказательства обратного — что, возможно, я не буду категорически судить о вас вообще? Возможно, мне *захочется* продолжать вас видеть?

МЭНДИ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы уже говорили мне о каких-то плохих вещах ранее?

МЭНДИ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, а как насчет проблемы с вашей сестрой? Вы помните о том, что вы тоже боялись, что я буду воспринимать вас как плохую?

МЭНДИ: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как я реагировала? Я вас не одобряла?

МЭНДИ: (*тихим голосом, все еще не поддерживая зрительный контакт*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы уверены?

МЭНДИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какой я казалась?

МЭНДИ: Вы были на моей стороне. Вы сказали, что думаете, что она была неразумной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. (*Позволяет осознать это.*) Теперь, что самое худшее может произойти, если я буду *смотреть* на вас как на плохую?

МЭНДИ: Вы не захотите, чтобы я оставалась вашей клиенткой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно, это самое худшее. (*Пауза.*) Что самое лучшее могло бы произойти?

МЭНДИ: Не знаю. Наверное, вы хотели бы, чтобы я продолжала приходить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И какой самый реалистичный сценарий?

МЭНДИ: (*Думает.*) Возможно, вы подумаете, что я плохая, но вы все равно будете хотеть меня видеть?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Или, может быть, я буду смотреть на вас как на *человека*, а не как на плохую?

МЭНДИ: Не знаю. (*Пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотели бы вы рассказать мне только одну небольшую часть и посмотреть, как я буду реагировать? Тогда вы могли бы решить, ст*о*ит ли рассказывать мне больше.

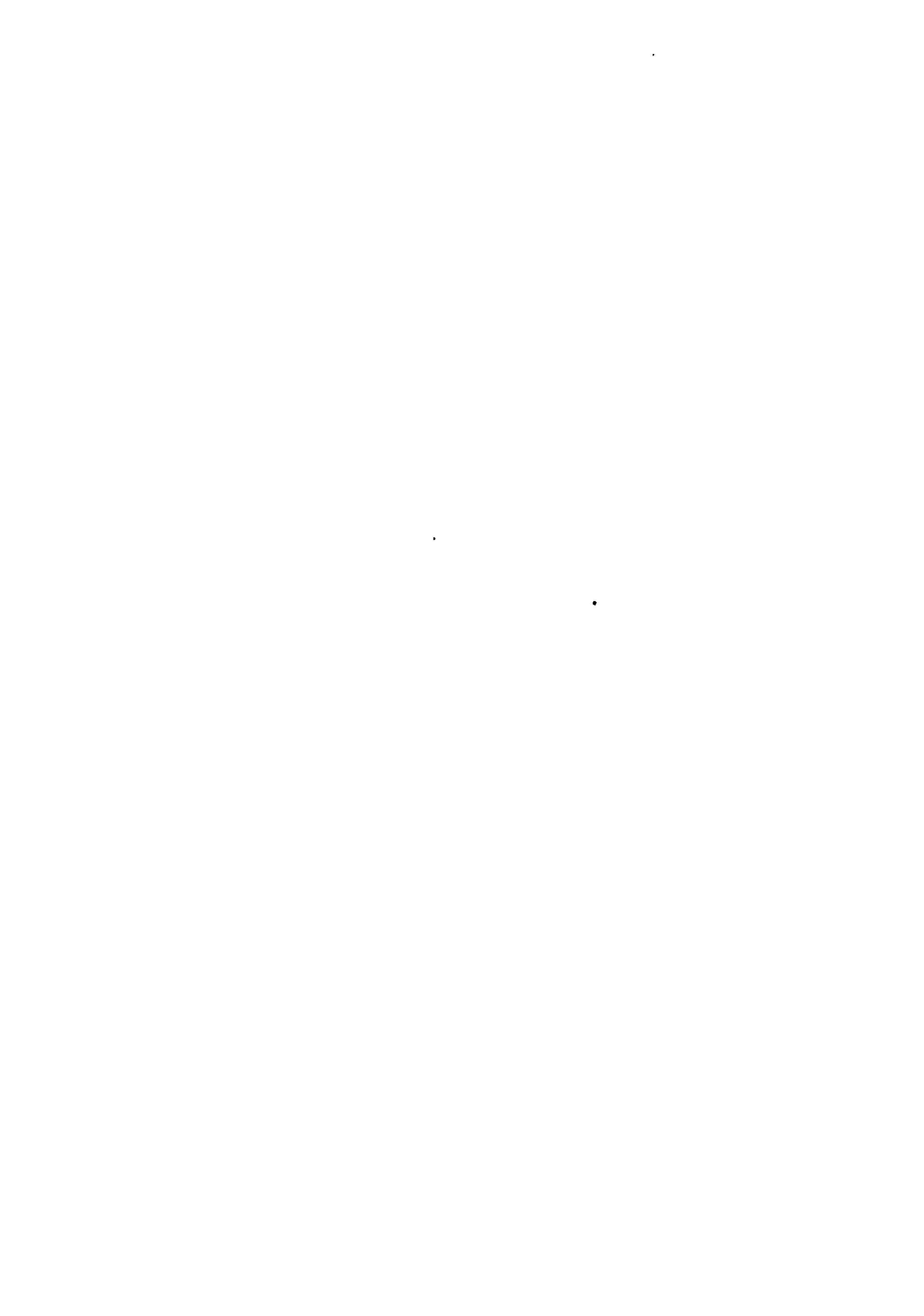
МЭНДИ: Я так думаю.

Когда Мэнди была крайне тревожна по поводу того, чтобы раскрыть свои мысли, психотерапевт вместо этого вывела страхи Мэнди по поводу раскрытия ее мыслей. Она помогла Мэнди сухо оценить свои прогнозы и предоставила альтернативную точку зрения, которая помогла клиентке осознать, что ее негативный прогноз может не осуществиться. Ее психотерапевт предложила ей вариант, который заключался в

том, чтобы раскрыть небольшую часть произошедшего. Затем Мэнди рассказала об инциденте, который произошел в детстве, в котором она подверглась физическому насилию со стороны своей матери. Ее психотерапевт проявила сочувствие и заботу. Мэнди стала менее убежденной в том, что психотерапевт будет судить о ней отрицательно и отвергнет ее, и была готова рассказать больше.

Выводы

Клиенты, отображенные в клинических случаях из этой главы, переживали непростые времена в развитии альянса со своими психотерапевтами. Большинство клиентов не представляют таких значительных трудностей. Тем не менее важно знать разнообразные способы, посредством которых терапевтические отношения могут быть испытаны и укреплены. Для психотерапевтов крайне важно сохранять спокойствие и не занимать оборонительную позицию. Когда возникают трудности, им необходимо концептуализировать проблемы и определить, чувствуют ли клиенты себя уязвимыми, принужденными, контролируемыми, несостоятельными или отвергнутыми. Психотерапевты могут выразить понимание и эмпатию, а затем начать привлекать клиентов к оценке терапевтических отношений — как можно более объективно и конструктивно. Психотерапевты должны проявлять максимум своих навыков межличностного общения, в том, как они обращаются к проблеме, моделировать честность, открытость, гибкость и оптимизм в процессе восстановления терапевтических отношений, чтобы терапия могла прогрессировать. Когда у них возникнут в этом трудности, возможно, им придется корректировать свои установки и поведение так, как описано в следующей главе.



Глава 6

Когда психотерапевт дисфункционально реагирует на клиентов

В силу человеческой природы у психотерапевтов иногда возникают установки относительно клиентов (особенно в сложных случаях), которые могут препятствовать терапии. Психотерапевты, которые предполагают, что такие установки могут время от времени возникать естественным образом, и поэтому не склонны себя в этом обвинять, обычно способны применить подход решения проблем для преодоления трудностей. Психотерапевты, которые придерживаются нереалистично высоких ожиданий ("Я никогда не должен испытывать негатив по отношению к клиенту") и критикуют себя за отрицательные реакции ("Это говорит о том, что я плохой терапевт"), вероятно, столкнутся с большими трудностями в решении проблем (*Leahy, 2001*).

Выявив свою дисфункциональную реакцию, психотерапевт должен попытаться решить проблему. Как и в случае с большинством терапевтических трудностей, проблема может быть практической (например, психотерапевт выгорел, потому что не установил надлежащие границы с клиентом), психологической (например, у психотерапевта имеются препятствующие терапии убеждения, такие как "Мои клиенты должны меня ценить") или комбинированной. Наконец, психотерапевты должны быть способны к самопомощи, чтобы оставаться в хорошей форме для работы со своими клиентами. Выявление и решение проблем в

реакциях психотерапевтов на клиентов представлены в начале главы, с последующими клиническими случаями, которые иллюстрируют типичные трудности.

Выявление проблем в реакциях психотерапевта

Психотерапевты обычно могут отследить свои отрицательные реакции на клиентов, замечая изменения в их мышлении, эмоциях, поведении или физиологии (за исключением случаев, когда такие реакции слишком поверхностные или хронические). Однако некоторые изменения могут быть слишком тонкими, чтобы психотерапевты могли их распознать, например изменения в тоне голоса, языке тела или выражении лица. Быстрым способом для психотерапевтов оценить, есть ли у них отрицательные реакции на клиентов, является мониторинг своих мыслей и чувств, когда они просматривают список клиентов, которых они запланировали принять в определенный день. Чувство дискомфорта является предупреждающим сигналом о том, что психотерапевту необходимо исследовать свою реакцию и адаптивно реагировать на свои мысли, чтобы смоделировать и испытать положительное отношение к клиенту. Для психотерапевтов будет полезным задать себе такой вопрос.

- **"Кого из моих клиентов я хотел бы на сегодня отменить?"**

Если психотерапевты смогут выявить клиентов, попадающих в эту категорию, то они должны рассмотреть необходимость иной подготовки к работе с ними и, возможно, видоизменить свои терапевтические стратегии.

На постоянной основе психотерапевтам необходимо оценивать свой общий уровень эмпатии к клиентам. Также им нужно отслеживать свои реакции — любые эмоциональные, поведенческие или физиологические изменения — непосредственно до, во время и после сессий, задавая себе следующие вопросы.

- “Чувствую ли я себя раздраженным, сердитым, тревожным, грустным, безнадежным, подавленным, виноватым, растерянным, униженным?”
- “Проявляю ли я любого рода дисфункциональное поведение, такое как обвинение, доминирование или контролирование клиента? Или я слишком пассивен?”
- “Являются ли подходящими громкость и тон моего голоса, выражение лица, язык тела?”
- “Чувствую ли я себя напряженным? Мое сердце бьется быстрее? Мое лицо становится горячим?”

Клиенты часто замечают такие изменения в своих психотерапевтах, и это может привести к разрушению альянса. Иногда клиенты определяют эти изменения безошибочно (Генри правильно улавливает чувство безнадежности у своего психотерапевта), а иногда ошибочно (Пэм неправильно понимает тревогу своего психотерапевта относительно адекватности его собственного раздражения на ее счет). Эти изменения, как правило, указывают на то, что у психотерапевтов возникают автоматические мысли о клиенте или о них самих, что может потребовать оценки и принятия мер. Например, перед сессиями психотерапевты могут делать следующие предположения

“Клиент:

- будет чувствовать себя хуже;
- не будет добиваться прогресса;
- будет отнимать слишком много энергии;
- будет меня подавлять;
- будет меня обвинять, спорить со мной, заставлять меня чувствовать себя некомфортно;
- не будет меня ценить;
- будет требовать прав на что-либо;
- будет ожидать от меня решения всех своих проблем;
- не позволит мне делать то, что я обязан делать”.

Психотерапевт может обнаружить, что совершает такие же когнитивные ошибки (в отношении клиента или в отношении себя), какие совершают его клиенты (*Leahy, 1996*).

- *Чрезмерное обобщение и навешивание ярлыков*
  - "Поскольку этот клиент не выполнял домашние задания, это говорит о его лени".
  - "Я должен был быть болваном, чтобы не заметить страданий клиента".
  - "Домашние задания бесполезны для такого рода клиентов".
- *Гиперболизация*
  - "Этот клиент никогда не поправится".
  - "Я никогда не смогу справиться с этим клиентом".
  - "Этот клиент выискивает мои ошибки, чтобы подать на меня в суд!"
- *Недооценка положительного*
  - "Несмотря на то что эта клиентка выполнила некоторые домашние задания, она все еще старается недостаточно сильно".
  - "Несмотря на то что клиент удовлетворен своим прогрессом, я должен помогать ему гораздо больше".
  - "Прогресс на прошлой неделе был иллюзией".

Концептуализация отрицательных реакций

Для психотерапевтов важно использовать собственные эмоциональные реакции и дисфункциональное поведение в качестве сигналов для выявления потенциальных проблем. Как только психотерапевт заметит собственный дискомфорт или неадекватное поведение (например, избегание важных тем, чрезмерный или недостаточный контроль клиентов, ведение беседы резко или без эмпатии), ему следует выявить свои дисфункциональные мысли и убеждения и концептуализировать свою область уязвимости. Некоторые психотерапевты, например, испытывают чрезмерную ответственность за решение всех проблем своих клиентов. Некоторые чувствуют неконтролируемость, когда их клиенты глубоко эмоциональны или чрезмерно доминируют на сессии. Некоторые злят-

ся на клиентов, которые продолжают действовать дисфункционально или нарушают моральные принципы психотерапевта.

Чтобы концептуализировать собственные дисфункциональные эмоциональные или поведенческие реакции, психотерапевты должны задать себе следующие вопросы.

- "Какое значение для меня имеет такое поведение этого клиента?"
- "Что это означает для меня относительно терапевтического успеха?"
- "Что это означает для меня в конечном счете?"

Часто психотерапевты приписывают негативные значения клиентам: "Такое поведение означает, что клиент плохой, слабый, недостойный". Или они могут приписывать негативные значения себе: "Неспособность клиента к прогрессу означает, что я не соответствую требованиям, некомпетентен".

Клинический случай 1

Когда Гарри описал несколько взаимодействий со своим сыном на протяжении прошлой недели, психотерапевту стало очевидно, что поведение Гарри было ужасно унижающим. Ее первоначальная реакция заключалась в том, чтобы навесить на Гарри ярлык эмоционально оскорбляющего родителя и плохого человека. Она начала задавать вопросы, чтобы выяснить, сможет ли она в достаточной мере повлиять на клиента в интересах ребенка. Чувство беспомощности психотерапевта, ригидная моральная чувствительность и гипертрофированное чувство ответственности заставляло ее испытывать гнев и негодование; она начала обвинять клиента и доминировать над ним. Ее установки и поведение препятствовали ее способности помочь клиенту контролировать свой гнев в общении с сыном и научиться более адаптивным копингстратегиям.

Клинический случай 2

Мэри начала рыдать, когда описала жестокое обращение, которое она претерпела, будучи ребенком, от рук своих сверстников по соседству. Ее психотерапевт гиперболизировал излияние эмоций Мэри: "Это ужасно, что она так расстроена! Что если она продолжит плакать? Я должен заставить ее остановиться!" Психотерапевт чувствовал себя подавленным и некомпетентным для того, чтобы справиться со стра-

даниями клиента. Он резко и самолично сменил тему, что привело к тому, что клиентка посчитала его неэмпатичным и неотзывчивым.

Клинический случай 3

Крейг, властный и сверхконтролирующий мужчина, проходил семейную психотерапию со своей мягкой и покорной женой Эми. Всякий раз, когда психотерапевт пыталась прервать Крейга для того, чтобы она могла раскрыть точку зрения его жены, тот становился нетерпеливым и пренебрежительным по отношению к терапевту. Психотерапевт, которая часто чувствовала себя эмоционально уязвимой, стала беспокоиться о том, как справиться с его раздражением, и избегая этого, становилась на сессии излишне пассивной.

Клинический случай 4

Изабель обычно подавляла окружающих, чтобы почувствовать свое превосходство. Когда она умаляла предложения своего психотерапевта, он сначала почувствовал себя задетым, а затем — сердитым. Были активированы глубинные убеждения психотерапевта о своей беспомощности. По *своему* обычаю психотерапевт начал запугивать клиента, пытаясь восстановить равновесие сил на сессии.

Стратегии улучшения реакций психотерапевтов на клиентов

Психотерапевты могут применить ряд стратегий, как только концептуализируют проблему, с которой сталкиваются в своих реакциях на клиентов. Эти стратегии включают:

- повышение собственной компетентности;
- реагирование на собственные дисфункциональные когниции;
- развитие реалистичных ожиданий в отношении себя и своих клиентов;
- модерирование уровня и выражения эмпатии;
- установление границ;
- предоставление клиентам обратной связи;
- усиление самопомощи;
- передачу клиента другому клиницисту.

Повышение компетентности психотерапевта

Иногда психотерапевты испытывают отрицательные реакции на клиентов, потому что просто не обладают важными навыками и нуждаются в повышении собственной компетентности в диагностике, когнитивной формулировке и концептуализации, построении альянса, терапевтическом планировании, разработке общей стратегии, структурировании сессии или применении техник. Эту проблему можно решить путем чтения специальной литературы, просмотра видеозаписей квалифицированно проведенных сессий, дополнительного обучения, консультаций или супервизии. В приложении А предлагаются ресурсы для повышения эффективности психотерапевта.

Реагирование на дисфункциональные когниции

Для решения проблемы отрицательных реакций на клиентов психотерапевтам критически важно реагировать на собственные дисфункциональные когниции. С этой целью полезно применять "Протокол дисфункциональных мыслей" (*J. Beck, 2005*). Также полезно регулярно напоминать себе об альтернативных реакциях (см. примеры, приведенные ниже).

> Он заставляет меня переживать тяжелые времена, потому что у него много эмоциональной боли, и это единственный способ, который он знает, чтобы справиться с ней. У него много очень сложных проблем, и ему понадобится длительная психотерапия. Я не должен ожидать, что он быстро и легко изменится.

> Она хочет, чтобы я решил все ее проблемы вместо нее, без того чтобы ей пришлось меняться, потому что она искренне считает себя слишком беспомощной, чтобы помочь себе.

> Она блокирует мои попытки помочь ей, потому что думает, что если она поправится, то ее жизнь станет хуже. Если я не могу понять, как решить эту проблему самостоятельно, то я могу прочитать об этом или проконсультироваться.

Несмотря на то что автоматические мысли психотерапевтов, работающих с “трудными” клиентами, обычно *отрицательные*, некоторые могут быть чрезмерно *положительными*.

- **“Этот клиент — особенный, и к нему следует относиться особым образом”.**
- **“Я хочу большего, чем просто терапевтические отношения, с этим клиентом”.**

Если у психотерапевтов чрезмерно положительные реакции на клиентов, то терапевтические отношения могут стать слишком похожими на дружбу с последующей потерей достаточного внимания к проблемам клиента. Или у психотерапевтов могут возникнуть переживания эротического характера по отношению к своим клиентам, которые им необходимо осознать и с которыми нужно справиться профессионально ответственным и этическим образом, чтобы терапия могла быть продолжена таким образом, который наиболее благоприятен для клиента (*Pope, Sonne, & Horoyd, 1993*). В таких случаях весьма полезной может быть супервизия, а иногда это обязательно.

Развитие реалистичных ожиданий в отношении себя и своих клиентов

Психотерапевты способны или не способны к полному осознанию своих ожиданий. Когда их ожидания завышены или занижены, у них могут развиваться дезадаптивные реакции. Психотерапевт Сони был фрустрирован, потому что Соня сопротивлялась поиску работы с полной занятостью; он еще не осознал, насколько симптоматичной и дисфункциональной стала Соня во время своих депрессивного и маниакального эпизодов. Ожидания психотерапевта Роберта были заниженными; она проявила чрезмерную эмпатию к несчастьям Роберта и не смогла мягко подтолкнуть его к изменениям. У психотерапевта Сэнди были нереалистичные ожидания в отношении себя: он полагал, что должен быть в состоянии решать все проблемы Сэнди, поэтому излишне тревожился по поводу своей успешности и медленного прогресса клиентки.

Модерирование уровня и выражения эмпатии

Во многих случаях психотерапевты должны усиливать свою эмпатию к клиентам. Важно концептуализировать, почему клиенты действуют так, как они это делают, понимая, как их ранний опыт и генетические предрасположенности способствовали развитию отрицательных убеждений о себе, своем мире и о других людях (включая психотерапевта), а также использованию ограниченного набора копинг-стратегий (дисфункциональное поведение, которое они проявляют и в терапии). Также полезно концептуализировать, на каком приблизительно уровне развития действует клиент в сложные моменты терапевтической сессии. Многие клиенты ведут себя по-детски в своем мышлении, эмоциональных реакциях или поведении. Воспринимая взрослого клиента как сильно расстроенного ребенка или подростка, можно усилить терапевтическую эмпатию.

Клинический случай 5

В течение первых трех месяцев терапии Гэри, 25 лет, иногда критиковал или даже унижал своего психотерапевта. Она концептуализировала, что, когда Гэри впервые вошел в ее офис, снова почувствовал себя ребенком. Он ощутил, что его психотерапевт будет подавлять его так же, как это делал его отец и многие другие, пока Гэри рос. Гэри явно не действовал, как зрелый взрослый, на сессии. Он был похож на 8-летнего мальчика, ожидая, что его унизят, поэтому защищал себя тем, что первым нападал на психотерапевта.

Тем не менее в некоторых случаях психотерапевты *слишком* эмпатичны к клиентам. Психотерапевты могут ошибочно полагать, что отрицательный взгляд их клиентов на проблемы совершенно точный или их проблемы неразрешимы. В некоторых случаях слишком сильное прямое выражение эмпатии может на деле заставить клиентов чувствовать себя хуже.

Клинический случай 6

Конни, которая в течение многих лет страдала хронической депрессией, была в очень плохих отношениях со своим мужем и чувствовала себя увязшей и беспомощной. Ее психотерапевт, проявляя излишнюю эмпатию к дистрессу Конни, не верила, что клиентка способна отстаивать себя перед своим мужем, осваивать новые способы взаимодействия со своим непокорным сыном-подростком или заниматься своими интересами за пределами дома. Проконсультировавшись с коллегой,

психотерапевт проверила свои предположения и поддержала свою клиентку в том, чтобы провести некоторые поведенческие эксперименты. Действительно, Конни смогла добиться некоторых изменений во всех трех областях, что дало ей надежду и мотивацию для энергичного отношения к своей жизни.

Клинический случай 7

Психотерапевт Эми время от времени выражала слишком много эмпатии. Когда Эми очень расстроилась на сессии, психотерапевт продолжала говорить о том, как ей жаль, что у Эми такие трудности и что ей так плохо. Чем больше психотерапевт проявляла эмпатии, тем хуже чувствовала себя Эми. Только после того, как психотерапевт помогла ей переключиться на решение проблем, Эми стала чувствовать себя лучше.

Установление границ

Когда клиенты отнимают у психотерапевтов много времени и энергии, те порой начинают на них обижаться. В таких случаях психотерапевты должны оценить, установили ли они разумные границы со своими клиентами. Они могут, например, идти на поводу у своих клиентов в плане предоставления им дополнительного времени на сессии; разговаривать по телефону с клиентами, которые не находятся в кризисе; обещать оказать некоторые другие особые услуги. Распознав такую проблему, психотерапевтам, возможно, потребуется включить ее в повестку дня и приступить к креативному решению проблем с клиентом. Например, если клиентка слишком часто звонит, ей могут быть необходимы более частые встречи (возможно, дважды в неделю для получасовой сессии вместо еженедельной часовой). Клиенты могут негативно реагировать, когда психотерапевты поднимают такие темы. Психотерапевт должен быть готов исправить неверные предположения клиентов, такие как “Моему терапевту нет до меня дела”.

Предоставление клиентам обратной связи

В целом психотерапевты не поднимают тему собственных отрицательных реакций на клиентов. Однако, когда они это делают, то должны заранее убедиться в том, что это именно *клиент* ведет себя необоснованно, а у них самих обоснованная, хотя и отрицательная, реакция. У психотерапевта должна быть веская причина обсуждать с клиентами свою отрицательную реакцию на них — улучшить терапевтический аль-

янс и обеспечить важный обучающий опыт для клиентов, чтобы они также могли улучшить свои отношения вне терапии. Психотерапевты должны внимательно следить за своей речью, чтобы не быть воспринятыми излишне критикующими, и выбрать подходящий момент, когда терапевтический альянс достаточно силен, прежде чем обсуждать свою негативную реакцию. В примере, приведенном ниже, психотерапевт обсуждает, как она чувствует себя, когда осознает, что клиент манипулирует ею, хотя и не использует этот уничижительный термин.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я заметила кое-что в отношении нашей совместной психотерапии, о чем я хотела бы поговорить с вами, потому что я думаю, что это может помочь вам с вашей сестрой, вашим другом и вашим соседом. Вы не против, если я подниму эту тему?

КЛИЕНТ: (*Пожимает плечами.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу, чтобы вы следили за тем, о чем вы думаете и как себя чувствуете, потому что я предполагаю, что вы можете рассердиться на меня. Хорошо?

КЛИЕНТ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Также для вас будет важно рассказать мне, думаете ли вы, что я права на этот счет или ошибаюсь. (*Пауза.*) Я заметила, что иногда я вынуждена отказывать вам в таких вещах, как дополнительное время на сессии в случае вашего опоздания или использование моего офисного телефона. И когда я говорю “нет”, то кажется, что вы как будто продолжаете пытаться убедить меня или надавить на меня, чтобы я передумала. И тогда я начинаю чувствовать себя немного возмущенной тем, что вы не принимаете отказ в качестве ответа. (*Пауза.*) Вы заметили нечто подобное?

КЛИЕНТ: Я не уверен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, причина, по которой я хотела поднять эту тему, — не столько решить собственную проблему, сколько выяснить, реагируют ли на вас таким же образом другие люди. Считаете ли вы, что такое может происходить с вашей сестрой или друзьями? Как вы думаете, возможно, у вас есть проблемы с тем, чтобы принимать отказ? (*Пауза.*) Возможно, если бы мы смогли выяснить, как справиться с этим здесь, в психотерапии, вы смогли бы действовать иначе с окружающими. (*Пауза.*) Как вы думаете?

Точно так же психотерапевт может отдать предпочтение тому, чтобы написать письмо своему клиенту (а затем попросить его прочитать письмо на сессии), в котором он детально описывает проблемы, которые необходимо совместно решить, чтобы двигаться вперед безопасно и продуктивно (*Newman, 1997*). В идеале письмо должно быть приглашением возобновить совместную работу в духе взаимопонимания и стремления к установленным в результате договоренности целям. Написание письма позволяет психотерапевтам иметь возможность тщательно взвесить свои слова, максимизируя ценность корректирующей обратной связи и минимизируя вероятность непреднамеренного обострения ситуации.

Усиление самопомощи

Психотерапевты должны оценить степень, в которой они занимаются самопомощью. Если это в их полномочиях, они могут вдумчиво подойти к составлению графика приема клиентов, на которых у них может быть отрицательная реакция. Назначение сессий для таких клиентов в начале дня или после обеденного перерыва может предоставить психотерапевту больше времени для умственной и эмоциональной подготовки. Альтернативный вариант заключается в том, чтобы планировать сессии с ними непосредственно перед обедом или в конце дня, что предоставляет психотерапевту время рефлексии. Кроме того, психотерапевтам, возможно, потребуется изменить свой общий домашний и рабочий графики, если они испытывают хронический недостаток времени или перенапряжение. В каждодневную рутину может быть полезным добавление упражнения на релаксацию или осознанность.

Передача клиента

Психотерапевты могли бы обсудить с клиентом возможность перехода к другому специалисту, когда оказывается, что преимущества этого перевешивают недостатки. Подобное решение должно быть принято совместно. Иногда новое начало с новым психотерапевтом порождает надежду, энергию и свежие перспективы. Важно, чтобы окончание было как можно более положительным, насколько это только возможно, при этом психотерапевту следует выразить сожаление в связи с тем, что он больше не может помочь клиенту, и уверенность в том, что клиент достигнет прогресса с другим клиницистом.

Клинические случаи

Следующие клинические случаи иллюстрируют, как концептуализировать и разрабатывать стратегию, когда у психотерапевта есть негативные реакции на клиентов. Здесь описано несколько ситуаций: 1) психотерапевты испытывают безнадежность в отношении клиентов; 2) психотерапевты испытывают выгорание из-за клиентов; 3) психотерапевты обеспокоены тем, что клиенты будут ими недовольны; 4) психотерапевты слишком тревожатся о своих клиентах; 5) психотерапевты чувствуют себя униженными клиентами; 6) психотерапевты занимают оборонительную позицию; 7) психотерапевты испытывают фрустрацию или сердиты на клиентов; 8) психотерапевты чувствуют угрозу со стороны клиентов.

Когда психотерапевты испытывают безнадежность в отношении клиентов

В основе этой отрицательной реакции лежат три проблемы. Психотерапевты могут полагать следующее.

- **"Я недостаточно компетентен, чтобы помочь этому клиенту".**
- **"Проблемы клиента просто не могут быть решены".**
- **"Клиент испытывает нормальную реакцию на жизненный стресс, и поэтому я ничего не могу поделать, чтобы помочь".**

Иногда психотерапевты чувствуют себя некомпетентными, потому что их ожидания относительно своих клиентов завышены.

> Психотерапевт Стейси подумала о своем несоответствии, когда ей не удалось быстро добиться прогресса. Она начала испытывать чувство безнадежности по отношению к самой себе и к прогнозу своей клиентки ("Я паршиво делаю свою работу — она не поправится"). Она неосознанно передала свою безнадежность Стейси, которая начала испытывать еще большую безнадежность. Психотерапевт Стейси нуждалась в консультации, чтобы осознать, что на самом деле она проделала большую работу со своей хронически депрессивной клиенткой и что необходимо изменить свои (и клиентки) ожидания в отношении темпов прогресса и продолжительности лечения.

Порой психотерапевты испытывают безнадежность, потому что их лечение на самом деле неадекватно.

Тайлер страдал от обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Будучи незнакомым с конкретными рекомендациями по лечению ОКР с помощью когнитивной терапии, его психотерапевт продолжал лечить Тайлера, как если бы у того было генерализованное тревожное расстройство. Тайлер продолжал быть очень симптоматичным, и его психотерапевт испытывал все бо́льшую и большую безнадежность. Только после того, как психотерапевт обучился лечению ОКР, а затем приступил к нему, состояние клиента начало улучшаться и чувство безнадежности терапевта уменьшилось.

Иногда психотерапевты испытывают безнадежность, потому что принимают искаженное представление клиентов о своих проблемах.

Дон был депрессивным, у него были многочисленные жизненные проблемы и стрессоры: финансовые трудности, слабое здоровье, требовательный начальник и ребенок с хроническим заболеванием. Его психотерапевт подумала "Он не достигает прогресса, потому что его проблемы неразрешимы" и чувствовала себя безнадежно. Такой взгляд обусловил применение исключительно поддерживающей терапии (тем более что именно этому способу терапевтического воздействия она когда-то обучалась). Она перестала пытаться помочь Дону решить проблемы или обучить его необходимым навыкам. Когда она, наконец, обратилась за супервизией, ее супервизор указал, что хотя почти все, кто находится в положении клиента, будут депрессивны, не все станут клинически депрессивными. Следовательно, психотерапевту следовало бы предположить, что у Дона имеются дезадаптивные мысли и убеждения, которые могут быть изменены, чтобы помочь ему чувствовать себя лучше, и что Дону, вероятно, требуется помощь в решении проблем. Например, как и многие депрессивные клиенты, Дон отказался от занятий, от которых ранее получал удовольствие, и нуждался в помощи психотерапевта, чтобы выяснить, как их возобновить.

Когда психотерапевты испытывают выгорание из-за клиентов

Психотерапевты могут выгореть из-за практических проблем: состояние клиента, например, может быть слишком серьезным для того уровня ухода, который может обеспечить психотерапевт.

У Ларри биполярное расстройство, требующее периодической госпитализации. В моменты кризиса он часто звонил своему психотерапевту. Из-за финансовых и страховых ограничений психотерапевт принимал его только раз в неделю, несмотря на то что Ларри был необходим дневной стационар. Его психотерапевт помог Ларри подать заявку и получить *Medicaid*[14], и клиент, наконец, смог получить соответствующий уровень ухода.

Однако часто психотерапевты выгорают, потому что пытаются быть чрезмерно ответственными или не устанавливают должных границ.

Один психотерапевт постоянно чувствовал себя выгоревшим из-за своих клиентов. У многих была хаотическая жизнь, и когда они рассказывали во всех деталях длинный перечень своих проблем, он думал: "Все идет не так. Это слишком подавляет. Как я вообще смогу чем-то помочь этому клиенту?" На практическом уровне психотерапевту следовало бы помогать клиентам выявлять одну-две проблемы, чтобы сосредоточиваться на них во время сессии. На психологическом уровне психотерапевт должен был изменить свои чрезмерно ответственные убеждения: "Я должен быть в состоянии помогать всем своим клиентам со всеми их проблемами. Я должен делать сверх того, что необходимо и возможно, для всех своих клиентов, даже если это потребует от меня значительной цены". Психотерапевту нужно было изменить свои ожидания в отношении самого себя, изучить пределы и границы, которые он установил, и заняться самопомощью.

Когда психотерапевты обеспокоены тем, что клиенты будут ими недовольны

Некоторые психотерапевты обеспокоены тем, что их клиенты будут ими недовольны, если они будут проводить стандартную терапию (например, прерывать, структурировать сессию, осторожно конфронтировать с ними).

Марта говорила практически без остановки. Когда ее психотерапевт осторожно попытался ввернуть словечко, она его проигнорировала. Психотерапевт подумал: "Если я попробую более настой-

---

[14] *Medicaid* — американская государственная программа медицинской помощи нуждающимся, осуществляемая на уровне штатов при поддержке федеральных властей. — *Примеч. ред.*

чиво заставить ее остановиться, она рассердится". Психотерапевт боялся, что тогда он бы не знал, что делать, и клиентка прекратила бы лечение. Только посоветовавшись с коллегой, он осознал свою гиперболизацию. С помощью ролевой игры он отрепетировал, как можно тактично объяснить необходимость прерывания и структурирования сессии. Он провел поведенческий эксперимент и, к своему удивлению, обнаружил, что клиентка не возражала против его руководства сессией. Несмотря на то что Марта расстроилась, он смог высказать ей свое сожаление по этому поводу, обсудил проблему непосредственно с ней и договорился о компромиссе.

Когда психотерапевты слишком тревожатся о клиентах

Психотерапевты, по понятным причинам, обеспокоены, когда клиенты с повышенным риском могут причинить боль себе или другим. Тем не менее иногда они необоснованно передают свою тревогу клиенту или их тревога мешает проведению соответствующей и эффективной терапии.

Дорис совершила три попытки самоубийства за последние два года и в настоящее время остается суицидальной. Ее психотерапевт тревожился, опасаясь, что если он недостаточно поможет клиентке, то Дорис может совершить еще одну попытку — на этот раз летальную. Дорис почувствовала, что ее психотерапевт подавлен, но неправильно поняла природу его переживаний. Она неправильно восприняла его как фрустрированного из-за нее. Дорис подумала: "Он думает, что мне нельзя помочь". Эта мысль усилила ее чувство безнадежности и повысила суицидальный риск. К счастью, психотерапевт смог выявить мысли Дорис и подтвердил свои опасения по поводу еще одной попытки самоубийства со стороны клиентки, прежде чем ему выпадет шанс помочь ей. Психотерапевт также проконсультировался с коллегами, прочитал о работе с суицидальными клиентами, повысил частоту контактов с Дорис и провел две семейные сессии. Как только он почувствовал себя более компетентным в том, как справиться с суицидальностью Дорис, его тревога снизилась до более приемлемого уровня.

Когда психотерапевты чувствуют себя униженными клиентами

Некоторые клиенты, которые чувствуют себя неполноценными, разрабатывают копинг-стратегию, заключающуюся в унижении окружающих. Психотерапевты, не уверенные в своей компетентности, могут почувствовать, что их не уважают, и вести себя неадекватно по отношению к таким клиентам.

> Психотерапевт Карли правильно почувствовал, что его клиентка унижала его с их первой сессии. Она унижала его при любой возможности, пытаясь подчеркивать свой интеллект и издеваясь над ним, когда он не знал ответов на ее вопросы. Убеждения психотерапевта в собственной неполноценности активировались, и он устно оскорбил клиентку на третьей сессии. Как и следовало ожидать, Карли отказалась участвовать в сессии и не вернулась к психотерапии. Психотерапевт должен был сказать самому себе: "Карли, вероятно, чувствует себя хуже меня. Она реагирует так, как будто она — уязвимый подросток, который умеет только выделываться, когда чувствует себя неполноценным. Я должен проявить к ней эмпатию и попытаться ослабить ее убеждение в своей неполноценности". Если бы психотерапевт смог точно концептуализировать Карли и отреагировать на собственные убеждения о неполноценности, он мог бы работать с ней более функциональным способом, например таким.
>
> КАРЛИ: Вы имеете в виду, что не считаете, что я испытывала трудности, проходя оральную стадию либидинозной организации! Вам не кажется, что вы должны знать больше о психоаналитической теории? Не должна ли приставка PhD после вашего имени *значить* что-нибудь?
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: На самом деле вы, наверное, правы. Я, вероятно, *должен* знать больше о психоанализе. (*Пауза.*) Вы обеспокоены этим?
>
> КАРЛИ: Конечно. Я не уверена, что вы действительно можете мне помочь. Возможно, я должна обратиться к директору клиники и посмотреть, что она скажет.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*не занимая оборонительную позицию*) Конечно. Я уверен, что она была бы готова провести консультацию с вами или с вами и со мной, если вы так предпочитаете. Я всегда думаю, что две головы лучше одной.
>
> КАРЛИ: (*Бормочет.*) Хорошо, я подумаю об этом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Теперь, на данный момент, хотите ли вы вернуться к обсуждению инцидента с вашей матерью?

Когда психотерапевты занимают оборонительную позицию

Часто оборонительное поведение возникает, когда психотерапевты подвергаются критике или обвинениям. Вместо того, чтобы рассматривать критику и обвинения как проблему, которую нужно решить, они, в свою очередь, обвиняют клиента.

На пятой сессии Эвелин раздраженно сказала: "Знаете, я думаю, что я должна была бы чувствовать себя лучше к этому моменту. Я хожу сюда уже около пяти недель, и все еще чувствую себя так же. Я не думаю, что вы знаете, что делаете". Ее психотерапевт подумал: "Я все делал правильно. Это *ее* вина — она не выполняла домашние задания". Вслух он сказал: "Ну, я не уверен, что это правда. Я думаю, что если бы вы выполняли задания между сессиями, то сейчас почувствовали себя лучше". Естественно, клиентка почувствовала, что ее обвиняют, и терапевтические отношения ухудшились еще больше. Более адаптивный обмен должен был бы начаться с эмпатического ответа, за которым последовало бы совместное решение проблемы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне жаль, что вы не чувствуете себя лучше. Это должно быть очень вас разочаровывает.

ЭВЕЛИН: Да, это так!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Могли бы вы рассказать мне, что, как вы думаете, мы делали неправильно? И как, по вашему мнению, должна проходить психотерапия?

Такой прием часто обезоруживает клиента и помогает выработать более эффективный терапевтический план.

Когда психотерапевты испытывают фрустрацию или сердиты на клиентов

Фрустрация, или гнев, часто возникает, когда психотерапевты подвержены нереалистичным ожиданиям в отношении своих клиентов.

- "Мой клиент должен сотрудничать/уметь ценить/быть таким, чтобы ему можно было легко помочь/быть активным участником терапевтического процесса".
- "Он не должен быть трудным/манипулятивным/требовательным".

На самом деле полезно отдавать себе отчет в том, что клиенты *должны* быть в точности такими, какими они есть, с учетом их генетической предрасположенности, опыта, убеждений и стратегий. Психотерапевты должны усилить свою эмпатию, когда они фрустрированы или злятся, осознавая, что они сами должны изменять свое отношение (а иногда и свою общую стратегию, и поведение), если клиенты будут прогрессировать.

> Психотерапевт была раздражена из-за Родни, из-за того, что он пытался манипулировать ею при назначении анксиолитических препаратов, поскольку клиент злоупотреблял такими препаратами в прошлом. Ее мысли были следующими: "Он не должен просить меня о лекарственных средствах. Он пытается заставить меня пожалеть его и манипулировать мной, чтобы я просто дала ему препараты. Он нарушает наше соглашение". Более адаптивный взгляд был бы таким: "Это было предсказуемо. Конечно же, он будет искать препараты. Он не думает о том, что может почувствовать себя лучше другим способом. Тем не менее мне не нужно с ним спорить. Я могу просто непоколебимо установить границы". С такой точкой зрения психотерапевт способен проявить эмпатию к клиенту и продолжить действовать более адаптивно.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне жаль, что вы чувствуете себя так плохо, и, вероятно, вы уже поняли, что я должна вам отказать, поскольку этот препарат был для вас проблемой в прошлом. (*Пауза.*) Однако что я могу сделать, так это помочь вам выяснить, как вы можете чувствовать себя лучше без такого рода препарата. (*Пауза.*) Хорошо?

Терапевты часто злятся на клиентов, которые злятся на них.

> Шарон была очень раздражена, когда ее психотерапевт снова установил для нее лимит на телефонные звонки между сессиями. Клиентка ответила довольно сердито: "Вы не понимаете. Я не звоню вам постоянно, а только тогда, когда я так расстроена, что не могу этого вынести! Вам нет до меня дела. Вы относитесь ко мне, как ко всем остальным. Я для вас — просто еще один случай". Автоматические мысли психотерапевта были такими: "Шарон — назойливый человек. Она все время слишком остро реагирует. Разве она не понимает, что у меня должна быть своя жизнь!" Более адаптивной точкой зрения была бы эмпатическая: "Бедная Шарон. У нее такой низкий порог переносимости негативных эмоций. Должно быть, для нее это очень трудно". Такая точка зре-

ния потом привела бы к более адаптивному ответу, начинающемуся с эмпатии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне очень жаль, что я не могу быть с вами все время. В некотором роде было бы замечательно, если бы вы могли связаться со мной в любое время, днем или ночью, и получить безотлагательную помощь. (*Пауза.*) Однако быстрая помощь в решении проблемы имеет и свои недостатки. Вы, наверное, думаете, что без меня не обойтись, и это, вероятно, довольно страшно. (*Пауза.*) Так как насчет того, если мы посмотрим, можем ли мы решить эту проблему по-другому. Вы готовы?

Когда психотерапевты чувствуют угрозу со стороны клиентов

Следует отметить, что существуют пределы того, что должны терпеть психотерапевты. В частности, когда психотерапевты имеют все основания полагать, что они (или их семьи) подвергаются риску причинения вреда в результате поведения клиента, по этическим соображениям они могут выбрать вариант прекращения работы с ним (*Thompson, 1990*). Хотя психотерапевты несут основную часть бремени за то, чтобы вести себя зрело, ответственно, когда возникают трудности в терапевтическом альянсе, также верно и то, что они имеют право на самосохранение. В тех случаях, когда клиенты представляют реальную опасность для психотерапевтов, ответственность последних за себя, свои семьи и других клиентов перевешивает обязанность любой ценой помочь опасному клиенту.

Когда клиенты сами поднимают проблему реакции психотерапевта

Иногда сами клиенты поднимают проблему реакции психотерапевта, проговаривая, как они понимают то, что он чувствует. Они могут точно почувствовать, что психотерапевт испытывает дискомфорт или расстроен, но могут прийти к ошибочному заключению. В таком случае психотерапевты должны честно исправить недоразумение.

КЛИЕНТ: Вы, должно быть, так расстроены из-за меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему вы так думаете?

КЛИЕНТ: Не знаю. Вы кажетесь... обеспокоенным или что-то в таком духе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я рад, что вы сказали мне об этом. Нет, я не чувствую себя расстроенным. (*Думает.*) Но я думаю, что чувствую себя несколько тревожно. Я действительно хочу помочь вам с этой проблемой.

Иногда клиенты *точно* воспринимают отрицательную реакцию своего психотерапевта. Психотерапевты должны быть настолько искренне позитивными, насколько только могут быть, как это было показано в предыдущей главе. Хороший ответ "трудным" клиентам будет следующим.

КЛИЕНТ: Вы думаете, что я — надоедливый человек.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему вы так говорите?

КЛИЕНТ: Я знаю, что я — трудный клиент.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это точно; вы — нелегкий клиент. Честно говоря, вы действительно можете быть испытанием. Но мне нравятся испытания. Вы всегда заставляете меня думать.

Выводы

Поскольку психотерапевты тоже люди, неизбежно, а иногда и полезно, что они иногда испытывают дисфункциональные реакции на своих клиентов. Как профессионалы психотерапевты должны концептуализировать, почему возникла проблема, чтобы критически оценить свой вклад в проблему и решить ее. Работа над проблемой может стать возможностью для профессионального роста психотерапевта, поскольку он учится изменять собственное мышление и поведение и расширять свой арсенал действий для эффективного ведения сложных случаев. Консультации или постоянные супервизии могут быть бесценными и существенными в некоторых случаях для оценки и изменения дисфункционального паттерна и максимизации шансов на то, что психотерапевт окажется в будущем способным на более полезную и обнадеживающую реакцию.



Глава 7

Сложности при установлении целей

Клиенты должны иметь четкое представление о том, над чем они работают в психотерапии, чтобы придерживаться курса лечения и мотивировать себя. Вместе с клиентами психотерапевты обычно начинают составлять список целей на первой сессии и расширяют его по мере выявления дополнительных проблем или целей на последующих сессиях. Полезно периодически просматривать список целей и спрашивать клиентов, насколько все еще важна для них каждая цель. Это помогает напомнить клиентам, что они пребывают в терапии не для того, чтобы сделать одолжение психотерапевту, и не для того, чтобы просто описывать проблемы, а чтобы совершенствовать то, что важно для *них*. Список целей — это оборотная сторона списка проблем, однако изложенного с точки зрения изменения поведения. Например, проблема "Одиночество" подразумевает цель "Встретить новых людей", а та, в свою очередь, воплощается в "Составить планы с друзьями", устанавливая конкретные цели, над достижением которых может работать клиент.

В этой главе основное внимание уделяется *установлению* целей; работа над *достижением* целей рассматривается в главе 8, в которой основное внимание уделяется решению проблем и изменению поведения. Как и в случае большинства терапевтических проблем, проблема может быть практической (например, психотерапевт не просит клиента указать главную цель), психологической (например, у клиента есть препятствующие терапии убеждения, такие как "Если я поставлю

цели, то мне придется делать то, что я не хочу делать") или их комбинацией.

В начале этой главы описано использование и изменение стандартных стратегий определения целей. Типичные дисфункциональные убеждения и поведение, которые препятствуют установлению целей, представлены далее. В конце стратегии изменений, или работы с дисфункциональными убеждениями, препятствующими установлению целей, представлены и проиллюстрированы клиническими случаями.

Использование и изменение стандартных стратегий для установления целей

Некоторые проблемы возникают при установлении целей не потому, что клиенты сопротивляются, а потому, что психотерапевты неэффективно используют стандартные техники. Например, психотерапевты могут устанавливать с клиентами слишком общие цели; они могут неадекватно относиться к чувству безнадежности своих клиентов; могут не помогать клиентам изменять цели для окружающих на цели для себя.

Определение конкретных целей посредством опроса

Когда психотерапевты спрашивают клиентов об их терапевтических целях, те неизменно говорят об общей цели: "Я хотел бы быть счастливее" или "Я больше не хочу тревожиться". Психотерапевтам очень сложно точно знать, как достичь таких общих целей. Типичная ошибка, которую совершают психотерапевты, заключается в том, что они не продолжают опрашивать клиентов, для того чтобы помочь им в *точном определении* своих целей.

- **"Как бы вы хотели измениться или как бы вы хотели, чтобы изменилась ваша жизнь в результате психотерапии?"**
- **"Какие изменения вы хотели бы осуществить (в работе, отношениях, управлении домашним хозяйством, в физическом здоровье, своей духовной/культурной/интеллектуальной сфере)?"**
- **"Как бы выглядела ваша жизнь, если бы вы были счастливее?"**

Психотерапевты также могут использовать секторные диаграммы, чтобы помочь клиентам сравнить, сколько времени они на данный момент тратят на различные виды деятельности, в противовес тому, сколько времени они хотели бы тратить в идеале. Эта процедура также может привести к конкретным целям, которых хотели бы достичь клиенты (*J. Beck, 1995*). Выявление конкретных целей, над которыми клиенты могут работать неделя за неделей, направляет и облегчает психотерапию; неспособность сделать это может ее затруднять, как это проиллюстрировано ниже.

Клинический случай

Джессика, клиентка с биполярным расстройством, поставила перед собой только одну цель: быть счастливее. Она не видела связи между этой общей целью и конкретными поведенческими изменениями, которые ей нужно было осуществить, так что впоследствии она сопротивлялась попыткам своего психотерапевта заставить ее лучше регулировать свою жизнь, планировать распорядок дня, завершать начатые дела и заботиться о своем питании, сне и жизнедеятельности. Фактически она не замечала, что ее поведение стоит на пути ее потенциального счастья, поскольку она воспринимала его как источник спонтанности и веселья. Это происходило до тех пор, пока психотерапевт не спросил, как бы выглядела ее жизнь, если бы она была счастливее, чтобы Джессика сформулировала свои долгосрочные цели словами: быть в стабильных близких отношениях; лучше ладить с семьей; преуспеть на работе, которая развивала бы ее художественные навыки; сэкономить деньги, чтобы купить автомобиль. После определения своих целей Джессика стала более охотно работать над неотложными шагами, которые ей необходимо было осуществить для их достижения.

Установление конкретных целей посредством воображения

Техники визуализации могут помочь клиентам, которые испытывают трудности в установлении целей. Психотерапевты помогают клиентам представлять в своем сознании типичный день, который они надеются испытать в будущем. Они задают наводящие вопросы, поэтому клиенты могут представить себя, когда они ведут себя функционально и хорошо себя чувствуют.

- "Можете ли вы представить, что через год с этого момента вы будете чувствовать себя значительно лучше? Давайте поговорим о том, как выглядит ваша жизнь. Допустим, это утро буднего дня. Вы чувствуете себя лучше, вы хорошо спали, у вас прилив энергии. Когда вы встаете утром? Можете ли вы представить себе, как вы встаете с кровати? Как вы себя чувствуете? Что вы будете делать дальше? Вы уже выбрались из постели? Идете прямо на кухню и готовите кофе? *Что, как вы хотели бы представить, вы делаете дальше?* Дальше?.. Дальше?"

Психотерапевты продолжают опрашивать клиентов, поощряя их визуализировать такие сцены у себя в голове. Возможно, им потребуется использовать дополнительные наводящие вопросы.

- "Хорошо, это обеденный перерыв. Что, как вы хотите представить, происходит дальше? Вы представляете себе, как спрашиваете свою коллегу Джоан о том, чтобы пообедать с вами? Вы можете представить себе поход на обед? Опишите мне это... Как вы себя чувствуете?.. О чем вы говорите за обедом?.. Что, как вы хотите себе представить, вы делаете дальше?"

Полезно продолжать представлять, пока клиенты не представят себя в постели перед сном, засыпая, мысленно подытоживая отличный день, который у них был. Следуя этому упражнению, психотерапевт и клиент могут обсуждать различия между желаемым сценарием и тем, который клиент проигрывает в настоящее время, чтобы установить конкретные цели.

Совокупность мысленных образов можно использовать и по-другому. Когда клиенты слишком безнадежны в отношении своего будущего, чтобы вообразить себе лучший день, психотерапевты могут попросить их представить и описать типичный день из их прошлого, когда они помнят, что хорошо себя чувствовали. Затем они помогают клиентам выявить конкретные различия между их поведением в то время и их текущим поведением, чтобы определить изменения, которые могут потребоваться.

Клинический случай

Аллен чувствовал себя настолько безнадежно, что не отвечал на стандартные вопросы для установления целей и испытывал трудности, представляя будущее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вас устроит, если мы сейчас поговорим о ваших терапевтических целях?

АЛЛЕН: (*Вздыхает.*) Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы бы хотели измениться в результате психотерапии? Как вы бы хотели, чтобы изменилась ваша жизнь?

АЛЛЕН: (*низким голосом*) Я не знаю. Я больше не знаю, что такое не быть депрессивным. Кажется, что я был таким всегда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*задавая наводящий вопрос*) Интересно, могли бы вы представить, каким может быть ваш день, скажем, через год, если вы вернетесь к себе прошлому, чувствуя себя достаточно хорошо, не депрессивно, но достаточно энергично, мотивировано и так далее? (*уточняя*) Например, в какое время вы встаете с постели?

АЛЛЕН: Не знаю. Я не могу себе представить, что я *не* чувствую себя так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы чувствуете себя достаточно удрученно.

АЛЛЕН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Интересно, могли бы вы вместо этого рассказать мне о последнем случае, когда вы чувствовали себя, как прежде? Когда это было?

АЛЛЕН: (*Думает.*) Вот это да. (*Вздыхает.*) Это было давно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это было, когда вы все еще работали в местной компании?

АЛЛЕН: (*Думает.*) Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы рассказать мне немного о том, какой тогда была ваша жизнь? Как вы себя чувствовали?

АЛЛЕН: Похоже, я чувствовал себя достаточно хорошо. Мне нравилась моя работа. Я был увлечен игрой в баскетбол с некоторыми друзьями...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Каким был ваш уровень энергии?

АЛЛЕН: Хорошим. Никаких проблем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вам нравилось в вашей работе?

Психотерапевт заняла клиента тем, что заставила его вспомнить лучшие времена в его жизни. Она помогла Аллену сформировать образ и собрала данные, задавая ему вопросы о его деятельности, настроении, отношениях и представлении о себе. Поскольку она помогла ему установить цели путем выявления действий и поведения, в котором он больше не был вовлечен, она также должна была помочь Аллену с его автоматическими мыслями, решить некоторые проблемы и предложить альтернативные способы в*и*дения ситуации.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что вы думаете о том, чтобы снова начать бегать?

АЛЛЕН: Не знаю. Это займет достаточно много времени, чтобы вернуться в форму. Раньше я мог пробегать по две-три мили в день.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы думаете? Было бы лучше вообще не бегать? Или возможно поставить цель, чтобы начать с малого и понемногу увеличивать свою выносливость каждую неделю?

АЛЛЕН: Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, могли бы вы это записать? И я думаю, важно поверить себе, когда вы бежите, даже если это только два квартала. (*Пауза.*) Я полагаю, два квартала лучше, чем ни одного?

АЛЛЕН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, это звучит достойно. (*Пауза.*) Теперь, вы также упомянули, что иногда жили в доме своей сестры, играли с ее детьми, выручали ее. (*Пауза.*) Есть ли в этом что-то, что вам хорошо было бы начать делать снова?

АЛЛЕН: (*Потупил взгляд.*) Может быть. Но теперь ее дети старше. Я не уверен, что они захотят со мной общаться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, возможно, вы правы насчет этого. Или вам просто нужно будет изменить то, что вы с ними делали. (*предлагая принудительный выбор*) Какой ребенок, по вашему мнению, может быть наиболее восприимчивым?

АЛЛЕН: (*Думает.*) Самый младший, Джо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сколько ему сейчас лет?

АЛЛЕН: Не знаю. Восемь, девять?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы могли бы с ним сделать? (*Пауза.*) Что нравилось делать *вам*, когда вам было восемь или девять?

Психотерапевт продолжает помогать клиенту устанавливать цели, основываясь на воспоминаниях, которые у него были о своем "старом я", творчески работая над его чувством безнадежности.

Цели для себя вместо целей для других

Клиенты иногда устанавливают цели для других людей, вместо того чтобы установить цели для себя: "Я хочу, чтобы мой начальник прекратил оказывать на меня давление", "Я хочу, чтобы мой муж прекратил выпивать", "Я хочу, чтобы мои дети слушались меня". Если у клиентов нет вмешивающихся дисфункциональных убеждений (таких, как "Если я поставлю перед собой цели, то я должен буду отвечать за изменения" или "Это несправедливо, что я должен измениться"), то относительно легко помочь им понять, что они и их психотерапевт, даже работая вместе, не могут напрямую изменить другого человека. Они обычно захотят принять цель, которая находится под их собственным контролем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какой вы хотите, чтобы была ваша жизнь в результате терапии? Что вы хотите делать по-другому?

КЛИЕНТ: Я хочу, чтобы моя жена больше ценила меня. Она всегда придирается ко мне — сделай то, сделай это. Я не понимаю, почему она не понимает, *как много я для нее делаю*! Знаете, я действительно стараюсь изо всех сил, чтобы сделать ее счастливой. Я много работаю, я не веду распутную жизнь, я приношу свою зарплату домой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Звучит довольно разочаровывающе. (*Пауза.*) Похоже на то, что улучшение ситуации с вашей женой было бы хорошей целью. (*Пауза.*) Но я не хочу вводить вас в заблуждение и говорить, что наша психотерапия может *напрямую* изменить ее, — разве что она захочет тоже поучаствовать в нашей работе и установить эту цель для себя?

КЛИЕНТ: (*угрюмо*) Нет, она не сделает этого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда, может быть, мы должны посмотреть, какую цель мы могли бы установить, контроль над которой есть у *вас*. (*Пауза.*) Что вы делали до сих пор, пытаясь заставить ее ценить вас?

КЛИЕНТ: (*Думает.*) Каждый раз, вручая ей свою зарплату, я напоминаю ей, что тяжело работаю для семьи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что-нибудь еще?

КЛИЕНТ: (*Пожимает плечами.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *Говорите* ли вы ей, что она должна ценить вас больше?

КЛИЕНТ: Ну, конечно. Особенно когда она пристает ко мне из-за того, что я что-нибудь не сделал.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько хорошо это работает, чтобы получить ее признательность?

КЛИЕНТ: (*кислый*). Это не работает.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Считаете ли вы, что если вы продолжите делать это, то она вдруг поменяется и станет благодарной?

КЛИЕНТ: (*Думает.*) Нет, наверное, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, одной из терапевтических целей может быть узнать то, что *вы* можете сделать иначе, что еще *вы* могли бы сказать своей жене. (*Пауза.*) Может быть, тогда она будет отвечать вам по-другому. (*Пауза.*) Что вы думаете?

КЛИЕНТ: Полагаю, что да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, итак, одна из целей может быть "Узнать способы общения с женой". Вас это устраивает?

КЛИЕНТ: Да.

Дисфункциональные убеждения клиентов относительно установления целей

Определенный процент клиентов не отвечает хорошо на стандартные техники, описанные выше. Часто они придерживаются дисфункциональных убеждений о себе, о других или о психотерапевте. Когда психотерапевты спрашивают таких клиентов о целях, которых они хотели бы достичь, могут активироваться их базовые убеждения: "Я беспомощный", "Я неспособный", "Я уязвимый", "Я ничтожный". Клиенты могут делать определенные предположения о результате или значении установления целей, изменения или улучшения. Эти предположения, в свою очередь, связаны с дисфункциональным поведением, которое они демонстрируют на сессии.

- *Предположения о себе*
  - “Если я установлю цели, то буду чувствовать себя плохо (например, я буду подавлен всеми теми вещами, которые мне нужно будет сделать)”.
  - “Если я установлю цели, то мне нужно будет измениться”.
  - “Если мне нужно измениться, то это значит, что я неправильный или плохой”.
  - “Если я попытаюсь измениться, то я потерплю неудачу”.
  - “Если я изменюсь, то это обесценит мои страдания”.
  - “Если я изменюсь, то моя жизнь ухудшится”.
  - “Я не заслуживаю изменений и лучшей жизни”.
  - “Это нечестно, что я должен измениться”.
- *Предположения о других людях*
  - “Если я изменюсь, то это позволит окружающим (которые должны быть наказаны) выбраться сухими из воды”.
  - “Если я изменюсь, то люди будут ожидать от меня все больше и больше”.
- *Предположения о психотерапевте*
  - “Если я установлю цели (по просьбе моего психотерапевта), то это будет означать, что у него есть власть, а я слаб”.
  - “Если я установлю цели, то мне придется раскрыть себя психотерапевту (и мне могут причинить вред)”.

Дисфункциональное поведение

Клиенты, придерживаясь перечисленных выше предположений, могут демонстрировать такое поведение как:

- отрицание существования проблемы (поэтому установление целей не нужно);
- обвинение окружающих в проблемах и установление целей для них;
- декларирование того, что психотерапия не может помочь (поэтому устанавливать цели бесполезно);

- утверждение, что они слишком беспомощны или не способны измениться;
- установление нереалистичных целей;
- установление целей, связанных только с экзистенциальным поиском смысла.

Терапевтические стратегии

Ряд стратегий может быть полезен, когда клиенты сопротивляются установлению целей или устанавливают бесполезные цели вследствие своих дисфункциональных убеждений.

- Выявление и реагирование на автоматические мысли, которые препятствуют установлению целей.
- Признание для скептически настроенных клиентов того, что терапия не гарантирует успех, но что психотерапевт полезен, основываясь на том, что он узнал о клиенте.
- Помощь клиентам в том, чтобы увидеть, что продолжение жизни, действий и мышления таким образом, как они делают это в настоящее время, заставит их почувствовать себя хуже, а не лучше.
- Помощь клиентам в том, чтобы понять, контроль над какими целями у них есть, а над какими — нет; помощь клиентам в превращении целей, которые они установили для других, в цели, которые они могут достичь сами.
- Превращение жалоб и недовольства клиентов в цели.
- Обучение зацикленных на своем физическом здоровье клиентов тому, как психотерапия может помочь ослабить физиологические симптомы.
- Откладывание установления экзистенциальных целей до тех пор, пока клиент не станет менее симптоматичным.
- Предоставление клиентам большего контроля на сессиях, подталкивая их при этом к установлению целей, неразрушительных для терапевтического альянса (например, первоначально принимая общие или нечеткие цели, выявление только одной цели или откладывание формального установления целей).

Эти стратегии проиллюстрированы ниже в клинических случаях.

Клинический случай 1: клиент, который чувствовал себя слишком безнадежным для установления целей

Томас – 32-летний мужчина с тяжелой рекуррентной депрессией. Его только что уволили с очередной работы, его семья дистанцировалась от него и у него нет близких друзей или интимных отношений. К тому же он испытывает нежелательные побочные эффекты от лекарств, которые спорадически принимает. Первоначально он не отвечал на попытки психотерапевта установить цели.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Томас, каковы ваши терапевтические цели?

ТОМАС: (*Смотрит вниз.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как бы вы хотели измениться в результате психотерапии?

ТОМАС: (*Бормочет.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Звучит не так, словно сейчас у вас все идет слишком хорошо.

ТОМАС: (*Бормочет, смотрит вниз*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но такое было не всегда?

ТОМАС: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если бы в жизни была одна вещь, которую вы могли бы изменить, что бы это было?

ТОМАС: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Пауза.*) И как вы себя чувствуете прямо сейчас?

ТОМАС: (*Смотрит вниз.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не слишком хорошо?

ТОМАС: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Печально? Взволновано? Безнадежно?

ТОМАС: (*Думает.*) Угнетенно. По-настоящему угнетенно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*выдвигая гипотезу о его автоматических мыслях*) Вы думаете, что психотерапия не поможет?

ТОМАС: (*Пауза.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что это неправильная психотерапия? Потому что я неправильный психотерапевт?

ТОМАС: (*Думает.*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это что-то в *вас*?

ТОМАС: (*тихо, все еще глядя вниз*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы чувствуете себя беспомощным?

ТОМАС: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы ничего не можете сделать?

ТОМАС: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы верите в мысль, что ничего не можете сделать?

ТОМАС: (*Пауза.*) Сильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы чувствуете себя словно застрявшим?

ТОМАС: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что же, хотели бы вы, чтобы я помогла вам разобраться, можете ли вы выбраться?

ТОМАС: (*Пауза.*) Я не думаю, что смогу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы можете быть правы на счет этого... или вы можете быть неправы. Практически каждый депрессивный клиент, который проходит через эту дверь, в первый раз чувствует себя довольно безнадежно... Но у меня есть довольно хороший послужной список помощи людям.

ТОМАС: Хм-м-м.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тем не менее одно я знаю наверняка: трудно начинать, когда вы не знаете, к чему стремитесь... Например, вы хотели бы найти работу, которую могли бы сохранить? Вы хотите больше общаться с людьми?

ТОМАС: (*все еще смотря вниз*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*собирая больше информации*) Что было бы оборотной стороной?

ТОМАС: Я просто не думаю, что это произойдет. Я боролся и борюсь долгое время. Ничего не сработало.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*выдвигая гипотезу*) Вы боитесь, что у вас появится надежда?

ТОМАС: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*нормализуя его реакцию*) Ну, думаю, если бы я была на вашем месте, то я, возможно, тоже не захотела бы на-

деяться... Все, что я могу сказать, так это то, что *в вас нет ничего*, что заставляло бы меня думать, что эта психотерапия *не будет* работать... Вы готовы поработать со мной по крайней мере на четырех сессиях, и тогда мы могли бы вместе решить, помогает это или нет?

ТОМАС: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мы могли бы поговорить о том, что могло бы быть приемлемым для того, чтобы попытаться выполнить это в следующие четыре недели?

ТОМАС: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как я вижу из этой бумаги, которую вы заполнили (с описанием его текущего функционирования), у вас возникли проблемы с организацией быта. Могли бы вы немного рассказать мне об этом?

Затем они обсуждают небольшие цели, связанные с уборкой дома (например, вынос мусора, сбор всех счетов в одном месте, уборка кухни). Когда психотерапевт узнала, что клиент не осведомлен о социальных услугах, право на которые он может иметь, они установили перед ним цель, чтобы он перезвонил и запросил информацию. Другие цели включали звонок двоюродному брату, визит к психиатру для контроля лечения и поход на боулинг.

Почему установление целей было настолько сложным для Томаса? На следующих нескольких сессиях его психотерапевт подтвердила свои гипотезы о нем. У Томаса было глубинное убеждение в том, что он был бесправным и неудачником; он предположил, что все равно потерпит неудачу, что бы он ни пробовал. Стратегия, которую он продемонстрировал в психотерапии, заключалась в избегании: он избегал любого рода деятельности, которая, по его предположению, ведет к неудаче. И поскольку он чувствовал себя уязвимым по отношению к депрессии, то избегал и того, чтобы надеяться. (См. *Moore & Garland, 2003*, для получения более подробной информации о принятии мер по поводу безнадежности у клиентов с хронической депрессией.)

Клинический случай 2: клиентка, которая отказывалась определять свои цели

Эрика, 57-летняя женщина, разведена, получает пособие по инвалидности и проводит бóльшую часть времени дома, ухаживая за своей матерью, которая склонна к вербальной жестокости. У Эрики было ужас-

ное детство, в котором она пережила значительное эмоциональное, физическое и сексуальное насилие. В ее анамнезе — обширная история госпитализаций после суицидальных попыток, дневные стационары, а также амбулаторная группа и индивидуальная психотерапия. На первой сессии ее новый психотерапевт попыталась установить цели.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Эрика, каковы ваши терапевтические цели? Как вы хотели бы измениться в результате психотерапии?

ЭРИКА: (*длинная пауза, говорит практически неслышно*) Я не хочу такой сильной боли.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*мягко*) Конечно. Это так важно. (*Пауза.*) Если бы ваша боль уменьшилась (*не желая казаться чрезмерно оптимистичной*), на что была бы похожа ваша жизнь? Как она могла бы отличаться?

ЭРИКА: (*длинная пауза*) Думаю, она бы не изменилась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вы будете делать то же самое, но испытывать меньше боли?

ЭРИКА: (*Пауза.*) Думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли что-нибудь в вашей жизни, что вы *хотели* бы изменить? (*Понимая, что вопрос с вариантами выбора ответа будет проще для клиентки, чем открытый вопрос.*). Больше контактировать с людьми? Вернетесь к работе? (*Пауза.*) Привнести какое-то удовольствие в свою жизнь?

ЭРИКА: (*Вздыхает, делает паузы.*) Нет, я так не думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что?

ЭРИКА: (*немного раздраженно*) Этого не произойдет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы не думаете, что можете измениться?

ЭРИКА: (*раздраженно*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, а пока как насчет того, чтобы мы просто работали над уменьшением вашей боли?

ЭРИКА: (*Кивает.*)

Психотерапевт почувствовала, что дальнейший разговор о целях приведет к отчуждению клиентки. В лучшем случае у них будет лишь слабый альянс, а главной целью психотерапевта на этой, первой, сессии было создание атмосферы, которую клиентка воспринимала бы как достаточно безопасную для того, чтобы быть готовой прийти на следующую сессию.

Эрика вернулась на следующей неделе и предоставила данные, которые помогли психотерапевту концептуализировать, почему у них были трудности с установлением целей на предыдущей сессии. В контексте планирования активности клиентка рассказала о том, что она считает себя плохой и не заслуживающей удовольствий. В действительности она полагала, что заслуживает *наказания*, если сделает что-то для того, чтобы почувствовать себя лучше. Ее стратегия на сессии заключалась в том, чтобы противостоять попыткам (в том числе путем установления целей) почувствовать себя лучше. Фактически психотерапевт не смогла подвести ее к установлению целей, пока в терапии не произошло несколько вещей.

- Психотерапевт изменила свой вопрос с того, как Эрика хотела бы измениться в результате терапии на "Как вы думаете, что вы *должны* делать по-другому?"
- Клиентка больше доверяла психотерапевту (больше не верила в то, что терапевт попытается заставить ее делать то, что ей было неловко делать, особенно приятные виды деятельности).
- Клиентка начала изменять свое глубинное убеждение в том, что она плохая, и свое предположение, что она заслуживает наказания за чувство удовольствия (см. главы 12 и 13).

Клинический случай 3: клиентка, которая отрицала то, что у нее есть проблема

Лиза — 15-летняя девочка с легкой депрессией, проявляющая симптомы оппозиционного расстройства. Ее мать настояла на том, чтобы она пришла на психотерапию. Мать сообщила, что по мере взросления Лиза все более и более отказывалась от сотрудничества дома. Она легко поддавалась переменам настроения и постоянно боролась со своей матерью и младшими братьями. Лиза запустила несколько предметов в школе, и мать подозревала, что она употребляет наркотики. Лиза с самого начала ясно дала понять, что она была неохотным участником психотерапии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Лиза, вас устроит, если мы поговорим о том, что вы хотите получить от психотерапии?

ЛИЗА: (*Пожимает плечами.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как бы вы хотели измениться или как бы вы хотели, чтобы изменилась ваша жизнь?

ЛИЗА: Я даже не знаю, почему я здесь. Я уже говорила вам, это моей матери нужна психотерапия. Она действительно псих. С тех пор как ушел мой отец, что, кстати, было *всецело ее виной*, она становится все хуже и хуже. Спросите кого угодно: моих братьев, мою тетю Фло — все скажут вам о том, что она неконтролируема.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*мягко*) Думаю, она видит это по-другому?

ЛИЗА: (*сердито*) Она думает, что это у *меня* проблема. (*саркастично*) Это действительно забавно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Похоже, вы действительно застряли. В этом случае *она* является тем, у кого есть проблема, но она заставляет *вас* идти на психотерапию.

ЛИЗА: (*Бормочет.*) Все было бы хорошо, просто отлично, если бы мне не приходилось иметь с ней дело.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*собирая данные*) Есть ли вероятность, что это произойдет?

ЛИЗА: Нет. Во всяком случае, ненадолго.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вы застряли в том, чтобы иметь с ней дело.

ЛИЗА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы дать мне некоторое представление о том, что значит пытаться иметь с ней дело?

ЛИЗА: (*говоря в общих чертах*) Она невозможна.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*пытаясь заставить Лизу быть более конкретной*) Что беспокоит вас больше всего?

ЛИЗА: О, все. Я даже не хочу больше *смотреть* на нее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Все так плохо?

ЛИЗА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я хотела бы посмотреть, есть ли что-то, что вы и я могли бы сделать для того, чтобы улучшить состояние дел для вас.

ЛИЗА: (*Смотрит в потолок.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Из вашего молчания я делаю вывод о том, что вам не нравится эта идея?

ЛИЗА: Это *несправедливо*, что *мне* нужно улучшить ситуацию, когда проблема в *ней*. Я просто хочу, чтобы она от меня отстала. (*обвиняющим тоном*) Но вы, вероятно, скажете мне, что мне нужно (*саркастическим тоном*) быть *вежливой* с моей мамой, *сотрудничать* и быть *хорошей дочерью*.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, ох. Я рада, что вы сказали мне об этом. Хорошо, я постараюсь *не* говорить этих вещей. Но, Лиза, я могу оступиться. И если я это сделаю, мне понадобится, чтобы вы поймали меня, чтобы я могла себя исправить. (*Пауза.*) Готовы ли вы сделать это?

ЛИЗА: (*удивленно*) Да, да, я готова.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, потому что, если вы этого не сделаете, то я не думаю, что психотерапия сработает.

Здесь психотерапевт отдала себе отчет в том, что им придется иметь дело с проблемой терапевтических отношений еще до того, как клиентка будет готова установить цели. Психотерапевт целенаправленно попыталась уравновесить их отношения, согласившись на то, что хотела клиентка, и, по сути, попросив клиентку исправлять ее, если она совершит ошибку. Затем они возвращаются к установлению целей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вернемся к тому, что вы хотите получить от психотерапии.

ЛИЗА: (*устанавливая цель для другого человека*) Заставьте мою маму быть любезной со мной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, это то, что *вы* можете сделать?

ЛИЗА: (*угрюмо*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, это не что-то такое, над чем у вас есть *непосредственный* контроль (*подразумевая, что она может иметь косвенный контроль*).

ЛИЗА: Нет, но, возможно, *вы* могли бы поговорить с ней.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я, определенно, хочу, чтобы *мы вместе* поговорили с ней. Помните, я сказала вам, что хочу позвать ее сюда к окончанию сессии?

ЛИЗА: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тем временем можем ли мы поговорить о том, над чем у вас *есть* контроль?

ЛИЗА: (*Думает какое-то время.*) Я не знаю. Это так ужасно. Начиная с того времени, как она возвращается домой с работы, до тех пор, пока она ложится спать, она борется со мной и моими братьями. Постоянно. Это похоже на то, что у меня нет места, куда я могла бы пойти и просто уединиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Это *ужасно.* (*используя самораскрытие*) Когда я работаю весь день и возвращаюсь домой, я знаю, что в течение какого-то времени на протяжении вечера мне необходимо просто сидеть и расслабляться. (*Пауза.*) Непохоже на то, что у вас это происходит таким образом.

ЛИЗА: Нет. Моя мама всегда на мне. Как только я захожу в дверь, она сразу говорит со мной. "Сделай то, сделай это". Я имею в виду, прежде чем я даже сниму свое пальто. А потом она ненавидит, когда я просто сижу и смотрю телевизор. Она становится язвительной и заставляет меня его выключить. И мои братья — они тоже так раздражают.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, вам действительно *нужно* некоторое никем не нарушаемое время дома... Должны ли мы сделать из этого цель?

ЛИЗА: Да.

Здесь психотерапевт проявила интерес к жалобе и превратила ее в конкретную цель, с которой согласна клиентка.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, ваша мать согласиться?

ЛИЗА: Нет. Она, вероятно, скажет, что я не могу спокойно провести время, пока не закончу все, что она от меня хочет. Плюс она скажет, что домашние обязанности — на первом месте. Она такая невозможная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что, возможно, нам вдвоем стоит выяснить, что могла бы сказать ей каждая из нас.

ЛИЗА: Хорошо.

Каковы были изначальные убеждения и стратегии Лизы, которые создавали для нее трудности в установлении целей? Во-первых, у нее были глубинные убеждения в том, что она беспомощна и что другие, особенно ее мать, контролировали ее. Она сделала несколько дисфункциональных предположений:

- “Если я попытаюсь изменить свою жизнь, то не смогу это сделать”.
- “Если я признаю то, что я играю роль в своих трудностях, то мне придется принять ответственность за изменение”.
- “Если я изменюсь, то мать победит”.
- “Если я изменюсь, то не смогу наказать мать”.
- “Если я сделаю так, как говорит мой психотерапевт, это будет значить, что ситуацию контролирует она, а не я”.

Таким образом, стратегия, которую Лиза использовала на сессии, заключалась в том, чтобы обвинять мать во всех своих проблемах и сопротивляться установлению целей для себя. Вместо того чтобы продолжать попытки установить цели на этой, первой, сессии, психотерапевт приняла решение о том, что достижение прогресса в реализации желания Лизы получить свободное от посягательств время укрепит терапевтический альянс и сделает Лизу более податливой для установления целей на следующей сессии. Поэтому они составили подходящий график, с которым, по мнению Лизы, может согласиться ее мать, и провели ролевую игру, чтобы отрепетировать, что Лиза может сказать своей матери, когда та присоединится к ним в конце терапевтической сессии. Психотерапевт помогает Лизе понять, что этот новый способ разговора с матерью (при всей его вежливости и тоне сотрудничества) разработан для того, чтобы помочь самой Лизе больше контролировать отношения со своей матерью и получать то, что хочет Лиза.

Небольшой успех, достигнутый Лизой дома в отношении того, чтобы обеспечить себе личное время, повлиял на ее отношение к психотерапии. Она начала верить, что, возможно, психотерапия может помочь и что она может получить больший контроль над тем, чтобы сделать свою жизнь лучше. Действительно, Лиза оказалась хотя бы чуть-чуть более податливой на нескольких следующих терапевтических сессиях, чтобы обсуждать свои долгосрочные цели и шаги, которые нужно предпринять в краткосрочной перспективе.

Клинический случай 4: клиент, который был убежден в том, что его проблемы имеют исключительно физический характер

Грэгу 32 года, он холостяк, работает плотником и начинает лечение панического расстройства. Хотя он и уверен в том, что проблема не носит психологического характера, он пришел на психотерапию пото-

му, что на этом настоял его кардиолог. Грэг прошел обширные медицинские обследования и обращался в службу экстренной медицинской помощи четыре раза за предыдущие шесть недель. На первой сессии психотерапевт начала устанавливать цели и обнаружила, что ей необходимо провести некоторое психообразование.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хотела бы немного поговорить с вами о терапевтических целях. Я предполагаю, что главная — это преодоление вашего панического расстройства?

ГРЭГ: Да... но, по правде говоря, я не знаю, чем вы можете мне помочь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы думаете, что психотерапия не может помочь вам справиться с этим? Или что *я* не могу.

ГРЭГ: Нет, нет, это не вы, док. Но, откровенно говоря, я здесь только потому, что на этом настоял мой врач, и я пришел.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы знаете, почему он хотел, чтобы вы пришли сюда?

ГРЭГ: Ну, он сказал, что психотерапия поможет. Но, видите ли, я действительно так не думаю. Я имею в виду, очевидно, что со мной что-то не так. Но разговор не может помочь этому.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*уточняя*) Что-то не так с вами *физически*.

ГРЭГ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы правы. Очевидно, что с вами *что-то* не так физически. Из ваших слов, ваш пульс ускоряется и сердце начинает колотиться, вся грудь напрягается, начинаются проблемы с дыханием. Конечно же, это физически.

ГРЭГ: Тогда почему?..

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему я думаю, что смогу вам помочь?

ГРЭГ: (*Кивает.*)

Затем психотерапевт в деталях рассматривает когнитивную модель паники и эволюционное объяснение чрезмерной активности встроенной в мозг сигнальной системы (*Clark & Ehlers, 1993*). Клиент все еще остается скептически настроенным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я полагаю, есть две возможности. Одна заключается в том, что вы действительно *находитесь* в опасности, когда испытываете все эти ужасные ощущения... *Или*, как я гово-

рила ранее, вам *не* грозит инфаркт, но ваше тело продолжает становиться все более и более взбудораженным, потому что вы убеждены в том, что у вас сердечный приступ.

ГРЭГ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, как я понимаю, у вас есть два выбора. Вы можете *предположить*, что с вами что-то не так и это угрожает вашей жизни, и что врачи пока не нашли это, и продолжать обивать пороги больниц. Хотя вы сообщили мне о том, что, по словам вашего врача, были проведены все обследования, которые только можно было провести, и врачи до сих пор не нашли никакой патологии в вашем сердце.

ГРЭГ: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Или вы можете вернуться на следующей неделе (*подразумевая, что клиенту не потребуется более длительная отсрочка*), и вместе мы можем попытаться выяснить, нужен ли вам исключительно медицинский подход или подход когнитивной терапии также может помочь. (*Пауза.*) Как вы думаете?

Глубинное убеждение Грэга заключалось в том, что он считал себя уязвимым. Его предположение заключалось в том, что если он согласится на психотерапию вместо продолжения медицинских обследований, то ему будет причинен вред. Поэтому стратегия, которую он использует на сессии, заключается в том, чтобы настаивать на том, что проблема — исключительно физическая, и противостоять альтернативным объяснениям его симптомов. Психотерапевт обеспечивает дополнительное психообразование, а затем предлагает цель для совместного исследования, чтобы установить наилучший подход к лечению. Грэг принимает эту цель, хотя и неохотно, когда психотерапевт предлагает ему попробовать когнитивную терапию только в ограниченном количестве сессий.

Клинический случай 5: клиентка, которая устанавливала нереалистичные цели

Стефани — 40-летняя замужняя женщина с двумя детьми, которые учатся в начальной школе. Она депрессивна и достаточно подавлена. Она несет полную ответственность за воспитание детей и управление домашним хозяйством. Она также работает полный рабочий день в пекарне при супермаркете. Ее муж, Джин, работает автомехаником на

местной заправке. Стефани недавно начала роман со своим женатым соседом, Хэлом. Хэл на 15 лет моложе Стефани и явно заинтересован исключительно во временных сексуальных отношениях.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы хотите получить от психотерапии? Как вы хотели бы измениться?

СТЕФАНИ: Я хочу, чтобы Хэл проводил со мной больше времени. Я хочу, чтобы Джин дал мне развод, по крайней мере я думаю, что хочу этого. Я знаю, что он этого не хочет. Он говорит, что он все еще любит меня. Я не знаю, как он может, я имею в виду после того, как он узнал о Хэле. Я не хочу причинять боль Джину. Мне жаль, что он просто не смог понять, что мы должны идти разными путями. Он неплохой муж. У него должен быть кто-то, кто действительно будет *влюблен* в него. Я имею в виду, я все еще люблю Джина в какой-то степени. Я просто не хочу больше быть за ним замужем. И я не хочу, чтобы детям было больно. Они уже расстроены тем, что я мало бываю дома. Они стали очень цепляться за меня. Боюсь, Джин собирается устроить мне тяжелые времена по поводу опеки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*набрасывая цели*) Хорошо, позвольте мне уточнить, права ли я, и что это действительно находится под вашим контролем в достижения этих целей. Первая: вы хотите, чтобы Хэл проводил с вами больше времени. Вторая: вы хотите, или вы думаете, что хотите, развестись и сделать это таким образом, чтобы не причинить боль Джину. Третья: вы не хотите, чтобы пострадали дети. Правильно ли я вас поняла?

СТЕФАНИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, Стефани, я не хочу вводить вас в заблуждение. Я не уверена, что это все находится под нашим контролем, чтобы оно могло произойти.

СТЕФАНИ: (*разочарованным голосом*) Ох.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предвосхищая ее автоматические мысли*). Это *не* значит, что я не могу вам помочь — вы явно депрессивны, тревожны и *нуждаетесь* в помощи, но, возможно, нам будет необходимо изменить цели.

СТЕФАНИ: Как вы думаете, Хэл оставит свою жену ради меня?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Честно говоря, я еще недостаточно знаю о ваших с ним отношениях, но это звучит не очень хорошо. Возможно,

это может быть целью: узнать, каковы намерения Хэла. (*Пауза.*) Как вы думаете?

СТЕФАНИ: Нет. (*Думает*) Я боюсь. Я не хочу на него давить. Я думаю, что он бросит меня, если я начну с ним об этом говорить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Непохоже на то, что у вас достаточно контроля в этом вопросе.

СТЕФАНИ: Нет, он действительно является тем, кто принимает решения, например когда мы собираемся встретиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, эта цель, которая заключается в том, чтобы Хэл проводил с вами больше времени, может быть чем-то таким, что *вы* не можете решить сделать до тех пор, пока он командует.

Далее, путем использования психотерапевтом сократического диалога, Стефани пришла к выводу, что было нереалистично ожидать, что Джин не пострадает от того, что она видится с Хэлом, и от обсуждения возможности развода. Психотерапевт также помогла Стефани увидеть, что ее дети, вероятно, пострадают еще больше, если она продолжит проводить время с Хэлом, а не с ними, и если продолжатся ссоры и постоянная напряженность между Стефани и Джином.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*давая Стефани разрешение на выражение эмоций*) Знаете, если бы я была на вашем месте, Стефани, я была бы очень разочарована этим обсуждением.

СТЕФАНИ: Да. Я имею в виду, я знаю, о чем вы говорите, но я просто не могу себе представить жизнь без Хэла.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ох. Дайте мне минутку подумать. Я действительно хочу помочь вам, надеюсь, вы это знаете. Я просто боюсь дать вам ложную надежду... Хорошо, вот что я думаю. Вы сказали мне, что сейчас единственная ситуация, когда вы чувствуете себя хорошо, — это когда вы с Хэлом или когда думаете о том, чтобы быть с ним. Это правильно?

СТЕФАНИ: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С другой стороны, мы не знаем, хочет ли он такого будущего с вами, какого вы хотели бы с ним. На самом деле *выглядит* так, словно он этого не хочет, учитывая, что он строит со своей женой планы о том, чтобы завести еще одного ребенка.

СТЕФАНИ: (*Делает перекошенное лицо.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне кажется, что нам нужно выяснить, как вы можете чувствовать себя хорошо и другими способами. Поэтому, если Хэл *прекратит* отношения с вами, вы все равно сможете иметь хорошую жизнь. (*Пауза.*) Как вы думаете?

СТЕФАНИ: (*нерешительно*) Я так полагаю. Тем не менее я не знаю, как еще я могла бы чувствовать себя хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, может это будет целью, над которой мы поработаем вместе? Поиском путей, с помощью которых вы могли бы почувствовать себя хорошо?

СТЕФАНИ: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А теперь — Джин. Похоже на то, что часть вас хочет развестись с ним, но часть вас не совсем в этом уверена. Будет ли это целью — принять такое решение?

СТЕФАНИ: Да, я знаю, что все время откладываю это. Я просто хочу, чтобы *Джин* закончил все это и оставил *меня*. Это сделало бы все гораздо проще.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В некотором роде, наверное. (*Пауза.*) Но это немного сбивает меня с толку. Заключается ли цель в том, чтобы решить, следует ли развестись? Или вы уже это решили, и цель заключается в том, чтобы помочь вам в этом и попытаться не причинять ужасные и подавляющие страдания Джину?

СТЕФАНИ: Наверное, я до сих пор не уверена.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, поэтому первая цель заключается в том, чтобы решить. (*Записывает это.*) И, как я догадываюсь, каким бы ни был результат, попытаться уменьшить споры и напряжение с Джином?

СТЕФАНИ: Да.

В этот момент они обсудили цели более эффективного взаимодействия с детьми, снижения нагрузки в ведении домашнего хозяйства, а также спланировали более приятные виды деятельности, которые не были связаны с тем, чтобы быть с Хэлом или фантазировать о нем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*обобщив список целей*) Насколько вы разочарованы тем, что цели не включают в себя то, чтобы сделать так, чтобы Хэл захотел потратить на вас больше времени? И развестись, не причиняя вреда Джину и детям?

СТЕФАНИ: (*Рефлексирует.*) Я *разочарована.*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так разочарованы, что не захотите вернуться на следующей неделе?

СТЕФАНИ: Нет, я вернусь.

В этом случае психотерапевт должна была помочь клиентке установить реалистичные цели. Тем не менее она должна была осознавать, что Стефани может прекратить психотерапию, если слишком сильно с ней конфронтировать. В конце она дала клиентке разрешение выразить свое разочарование психотерапевтом и удостоверилась в ее готовности вернуться к терапии.

Почему у Стефани возникли трудности с установлением реалистичных целей? У нее были глубинные убеждения, которые заключились в том, что она беспомощная, уязвимая и неприятная. Основные дисфункциональные предположения включали: "Я могу быть счастливой, только если я с Хэлом. Если я прекращу видеться с ним и фантазировать о нем, то я буду ужасно себя чувствовать и не смогу справиться со всем этим". Основная копинг-стратегия, которую она использовала, заключалась в том, чтобы фантазировать каждый раз, когда она была расстроена, и в том, чтобы избегать мыслей о проблемах.

Клинический случай 6: клиент, который устанавливал экзистенциальные цели

Артур — 31-летний мужчина, страдающий от глубокой депрессии и ранних проявлений хронической дистимии по оси I[15] и от избегающего расстройства личности с сильными нарциссическими чертами по оси II. Он был безработным, никогда не задерживался на работе более одного года, имел мало друзей и жил со своими родителями, которые материально его поддерживали и с которыми у него были конфликтные отношения. В нижеследующей части первой сессии Артур изложил свою экзистенциальную проблему.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, каковы ваши терапевтические цели?

АРТУР: Я должен сразу же сказать вам, что у меня их нет. На самом деле я не знаю, чем может помочь психотерапия. Я боролся длительное время. Я бывал у многих психотерапевтов. (*Пауза.*) Но моя жизнь не стала лучше. Я просто чувствую, что большую часть времени все настолько бессмысленно.

---

[15] Ось I включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. — *Примеч. ред.*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, важной целью было бы помочь вам найти какой-то смысл?

АРТУР: Да. (*Вздыхает.*) Но я не надеюсь, что это произойдет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, позвольте мне спросить вас об этом. Вы можете представить сценарий, в котором вы просыпаетесь, думаете о своем дне и автоматически чувствуете, что у вас есть цель, что вы собираетесь сделать что-то важное?

АРТУР: (*Думает.*) Нет, я думаю, если бы я мог это сделать, мне бы не пришлось приходить сюда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас есть какие-либо идеи насчет того, по поводу чего люди испытывают целеустремленность?

АРТУР: Да, наверное... У них есть работа, которую они считают важной, или семьи, которые они должны обеспечить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это то, к чему вы хотели бы стремиться?

АРТУР: Нет, нет, я так не думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что?

АРТУР: Я не могу представить, чтобы я мог реализовать себя на работе. Большая часть работ скучная. Я знаю, что сейчас я не работаю, но я много работал в прошлом. Я всегда это ненавидел. Я имею в виду, в чем смысл? Вы работаете как проклятый за несколько баксов в час, в то время как ваш начальник или владелец компании делает миллионы. Затем вы возвращаетесь домой и коротаете часы, пока не пойдете спать, проснетесь и снова пойдете на работу. И это еще хуже, если у вас есть жена и дети или кто-то еще и вам нужно продолжать работать, чтобы они не голодали.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вау, это звучит угнетающе! Неудивительно, что вы не знаете, могли бы вы улучшить свою жизнь.

АРТУР: В любом случае зачем это все? Вы работаете, едите, спите и в конце концов умираете.

Клиент продолжал описывать свой экзистенциальный кризис несколько минут, задавая вопросы о своем месте во Вселенной, тщетности работы и попыток приятно провести время перед лицом неизбежности смерти. Психотерапевт подвела итоги сказанному клиентом и подтвердила, что она ухватила основную идею его трудностей. Затем она провела психообразование.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, все вопросы, которые вы ставите перед собой, являются важными и существенными. И я думаю, что психотерапия может помочь вам подучить некоторые ответы, хотя многие из нас в какой-то степени ищут их на протяжении всей своей жизни. (*Пауза.*) Однако мы обнаружили, что людям практически *невозможно* ответить на такие вопросы, когда они подавлены. (*Пауза.*) Как только их лечат от депрессии и депрессия снижается, они испытывают больший успех.

АРТУР: Хм-м-м.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы думаете об этом?

АРТУР: Не знаю. (*Пауза.*) Мне нужно подумать об этом. (*Пауза.*) Что мне нужно было бы сделать, для того чтобы стать менее депрессивным?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предвосхищая то, что Артур отклонит план*) Сейчас я не говорю о том, что для вас будет работать стандартная формула. Но большинство людей с такими или такого рода вопросами нуждаются в изменении того, что они делают. Например, вы сказали мне, что большую часть своего времени проводите за просмотром телевизора, чтением газет или в онлайне. Действенно ли такое времяпрепровождение для вас? Делает ли оно вас менее депрессивным?

АРТУР: (*Думает.*) Нет, полагаю, что нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда изменение вашей деятельности, вероятно, действительно важно. И научиться тому, как можно было бы изменить ваше депрессивное мышление, также очень важно.

АРТУР: Я не уверен, что *хочу* это сделать. Я имею в виду, что я пробовал это в прошлом и это никогда никуда меня не приводило.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я не могу *гарантировать*, что на этот раз это вас куда-то приведет. Но скажите мне, в вашем предыдущем терапевтическом опыте устанавливали ли вы конкретные цели, такие как получение большего удовлетворения от каждого дня или обучение тому, что делать, когда вы обнаружили, что думаете депрессивным образом? Устанавливали ли ваши психотерапевты с вами повестки дня на каждую сессию, как это делаю я, и давали ли они вам что-то, с чем можно было бы экспериментировать дома на каждой неделе?

АРТУР: Нет...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это хорошо. Потому что, если эта психотерапия была бы точно такой же, как и ваш предыдущий опыт, я бы меньше надеялась на что-либо. (*Предвосхищая то, что Артур может нервничать по поводу изменений, которые он должен будет предпринять.*) Но дайте мне сказать вам еще кое-что. Прямо сейчас мне трудно предсказать, как быстро или медленно нам нужно будет идти. Если вы находились в этом образе мышления и поведения в течение долгого времени, нам, возможно, придется пойти более медленно. (*Заставляя Артура чувствовать больше контроля.*) Вам будет необходимо самому устанавливать темп. (*Пауза.*) Вы готовы к тому, чтобы подумать об этом еще немного на этой неделе и вернуться на следующей неделе, чтобы сказать мне, тот ли это путь или нам нужно выбрать другой подход?

Психотерапевт концептуализировала, что Артур может быть сосредоточен на экзистенциальных вопросах в рамках стратегии избегания принятия мер для продвижения вперед по жизни (например, получение работы), поскольку он предполагал, что провалится, как это уже было в прошлом. Психотерапевт осуществила психообразование и широко очертила предварительный терапевтический план, *избегая* того, чтобы попросить Артура посвятить себя психотерапии на этом этапе. Вместо этого она попыталась заставить его вернуться на следующей неделе, чтобы разработать терапевтический план, который бы подходил ему. Артур вернулся на вторую сессию, но все еще не был уверен в том, что следует продолжать психотерапию. Психотерапевт привлекла его к оценке преимуществ и недостатков сосредоточения на экзистенциальных вопросах по сравнению с преимуществами и недостатками сосредоточения на более обыденном лечении его депрессии (что облегчило бы ему последующее обращение к экзистенциальным проблемам).

После этого обсуждения Артур согласился попробовать стандартный подход в течение четырех недель, после чего он оценит, на правильном ли они пути. Вместо всеобъемлющих целей на этой сессии они установили две относительно неугрожающие: 1) Артур попытается структурировать свое время, чтобы получать больше удовлетворения и удовольствия от того, что делает; 2) он попытается реагировать на свои удручающие мысли и контролировать их. Психотерапевт отложила дополнительное установление целей на несколько сессий до тех пор, пока Артур не добьется первоначального успеха с этими целями и пока как она, так и психотерапия не заслужат доверия в его глазах.

Глубинное убеждение Артура заключалась в том, что он был неподходящим, уступчивым и неудачником. Его предположение заключалось в том, что, если он попытается улучшить свою жизнь, то потерпит неудачу. Поэтому он использовал стратегию чрезмерного сосредоточения внимания на экзистенциальных вопросах для того, чтобы избегать решения сегодняшних проблем.

Клинический случай 7: клиентка, которая избегала установления важных целей

Дженна — 19-летняя женщина, которая живет с родителями. Ее мать привела ее на психотерапию для лечения депрессии и гнева. Дженна внезапно бросила работу в качестве официантки тремя неделями ранее, после суицидальной попытки, которая была вызвана нелицеприятными слухами, распространенными о ней ее сотрудником. На первой сессии Дженна ожидала, что психотерапевт будет пытаться заставить ее вернуться на работу, и поэтому поставила терапевта в известность, что не собирается этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, что вы хотели бы получить от психотерапии?

ДЖЕННА: (*мрачным голосом*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, как бы вы хотели, чтобы изменилась ваша жизнь?

ДЖЕННА: Я знаю, что должна сказать, что хочу вернуться к своей работе, но правда заключается в том, что я этого не делаю. (*убедительно*) И *не сделаю.* (*Угрожающе смотрит на психотерапевта.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я знаю, что в прошлом месяце эта работа была достаточно скверной для вас.

ДЖЕННА: (*с отвращением в голосе*) Это отстой. Меня тошнит от людей, которые там работают. Тошнит от клиентов.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, неудивительно, что вы не хотите возвращаться.

ДЖЕННА: (*саркастически*) Да, без шуток. Во всяком случае, я *не могу* вернуться. Она слишком сильно меня расстраивает. Я, наверное, стала бы настолько депрессивной, что просто попыталась бы убить себя еще раз.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я вижу, что мне лучше не пытаться убедить вас вернуться. Какие у вас есть варианты?

ДЖЕННА: Не знаю. Оставаться дома, я думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы могли бы сделать это?

ДЖЕННА: Моя мать убьет меня. Она и так злится на меня сейчас из-за того, что я не выхожу на работу. Она угрожала выгнать меня из дому, если я не вернусь на работу. Но я ей не верю. В любом случае, даже если она сделает это, я просто перееду к своей подруге Дениз.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, может быть, одна из терапевтических целей могла бы заключаться в том, чтобы помочь вам спланировать то, что вы хотели бы сделать в ближайшие несколько недель, а затем и в более долговременной перспективе.

ДЖЕННА: (*угрюмо*) Как бы то ни было.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предоставляя ей выбор*) Если вы хотите выяснить это на собственном опыте.

ДЖЕННА: (*косвенно признавая то, что ей нужна помощь*) Я знаю, что мама собирается сделать мою жизнь невыносимой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так может ли быть еще одна задача, которая будет заключаться в том, чтобы по-другому взаимодействовать с вашей матерью?

ДЖЕННА: (*саркастически*) Как будто бы это возможно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы можете быть правы. Или вы ошибаетесь. Похоже на то, что сейчас вы очень расстроены из-за нее.

ДЖЕННА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что, возможно, вы могли бы научиться тому, как по-другому с ней разговаривать. Возможно, от этого не будет никакого эффекта, но, опять же, это *может* помочь вам получить то, что вы хотите.

ДЖЕННА: (*осознавая то, что психотерапевт не собирается настаивать на достижении цели, которая заключается в том, чтобы вернуться к работе, начинает более внимательно относиться к альтернативе*) Смотрите, я, правда, не знаю насчет работы. Я, определенно, не хочу возвращаться на *ту* работу. Но у меня заканчиваются деньги.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*уточняет*) Может быть, было бы полезным, если бы мы поговорили о получении новой работы, лучшей работы?

ДЖЕННА: Я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предвосхищая то, что Дженна может беспокоиться о перспективах возвращения на работу*) Но, Дженна, если вы решите вернуться на работу, мы должны будем провести некоторую подготовку. Было бы важно сделать ее более комфортной для вас... Хорошо?

ДЖЕННА: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*записывает эту цель*) Хорошо, дайте подумать. (*подводя итоги*) Мы приняли решение о работе; возможно, будем работать над тем, чтобы научиться разговаривать с вашей матерью по-другому; возможно, будем работать над тем, чтобы научиться выполнять следующую работу лучше... Есть ли какая-либо другая проблема, над которой вы, возможно, хотели бы поработать со мной?

ДЖЕННА: Не знаю. Все отстой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Например?

ДЖЕННА: (*Вздыхает.*) Все, что я делаю весь день, — это лгу. Моя мама продолжает звонить мне по телефону и придирается ко мне, чтобы я встала и что-нибудь сделала. Но у меня нет сил! Я звоню своим друзьям, но мне нечего сказать. Так что я просто выслушиваю, что этот парень сделал с той девушкой и как эта девушка злится на ту девушку. Скукота!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Определенно, похоже на то, что вам нужно привнести больше удовлетворения в ваш день.

ДЖЕННА: Да, но я слишком устала, чтобы что-либо делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, тогда, возможно, цель должна состоять в том, чтобы "найти приносящие удовлетворение занятия, которые не потребовали бы больших затрат энергии". Вас устраивает, как это звучит?

ДЖЕННА: Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, это выглядит как разумный список целей. Готовы ли вы к тому, чтобы подумать на этой неделе, есть ли что-нибудь еще, что вы хотели бы добавить; что-нибудь еще, что вы хотели бы получить от психотерапии?

ДЖЕННА: Хорошо.

В этом случае психотерапевт поставила несколько исходных целей с нерасположенной к терапии клиенткой. Она удивила Дженну тем, что не настаивала на том, чтобы у Дженны была цель немедленно вернуться на работу. Психотерапевт была убеждена в том, что Дженна должна вернуться к работе, но знала, что им нужно поработать вместе, чтобы удостовериться в том, что ее следующий рабочий опыт будет более успешным. Однако она знала, что если подтолкнет ее к этой цели на первой сессии, то Дженна, скорее всего, откажется вернуться на лечение.

На последующих сессиях психотерапевт концептуализировала трудности Дженны, которые впервые проявились в установлении целей. Ее глубинные убеждения были связаны с беспомощностью и уязвимостью. Ключевым было предположение "Если я вернусь к работе, то люди смогут унизить меня, и я могу не справиться с этим". Поэтому ее стратегия заключалась в том, что она продолжала избегать выхода на работу, а в психотерапии — вызывающе заявляла, что она не собирается возвращаться на работу.

Клинический случай 8: клиент, который не хотел быть в терапии

Чарли — 47-летний менеджер с обсессивно-компульсивным расстройством личности и отсутствием диагноза по оси I. Потенциальные трудности в установлении целей стали очевидными на первой терапевтической сессии. Следуя обычной структуре первичной сессии, психотерапевт предположила, что первой темой для обсуждения может быть то, следует ли клиенту вообще заниматься лечением. Психотерапевт быстро предложила цель, которую она считала приемлемой для Чарли, чтобы побудить его оставаться в терапии.

> ЧАРЛИ: Должен вам сказать, что я на самом деле не знаю, почему я здесь. Это была идея моей жены. Она говорит, что мне нужна психотерапия. Фактически она намекнула на то, что может оставить меня, если я не приду.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда, я думаю, первое, о чем мы должны поговорить с вами, так это о том, единственная ли эта сессия или вы думаете, что психотерапия могла бы помочь вам каким-то образом.
>
> ЧАРЛИ: Ну, как я уже сказал, это была идея моей жены.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы рассказать мне, что она сказала бы, окажись здесь? Если бы я сказала ей "Почему вы хотите, чтобы Чарли ходил на психотерапию?", что бы она ответила?

ЧАРЛИ: Она обвинила бы меня в своих несчастьях. Она скажет, что я недостаточно с ней разговариваю, что я не "делюсь" с ней чем-то, что бы это ни значило. Она скажет, что я слишком много работаю и что я уже не такой веселый, как раньше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, она права?

ЧАРЛИ: Я не знаю, чего она от меня хочет. Она *знает*, что моя работа достаточно требовательная. Ей *нравятся* деньги, которые я зарабатываю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы хотите сказать, что она так несчастна, что может оставить вас?

ЧАРЛИ: Ну, она это подразумевала. Я не знаю точно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как бы вы отнеслись к этому, если бы она ушла?

ЧАРЛИ: Я *не* хочу, чтобы она уходила. Я действительно этого не хочу. Я просто хочу, чтобы она отстала от меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Таким образом, могло бы вашей терапевтической целью стать выяснение того, что вы можете сделать, чтобы наладить ситуацию? Возможно, мы могли бы прийти к некоторым относительно простым вещам, которые могли бы сделать, чтобы стать действительно значимым для нее.

ЧАРЛИ: Не знаю. Мне нужно подумать об этом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Достаточно справедливо. (*выдвигая гипотезу*) Тем временем есть ли что-либо плохое в том, что вы осуществите небольшие изменения? Будет ли это, например, означать для вас, что она выиграла, а вы проиграли или что-то в таком роде?

Чарли чувствовал себя в некотором роде беспомощным и, как он сообщил несколько минут спустя, недооцененным и униженным из-за того, что его жена его критиковала. Во время опроса он сообщил, что у него есть цель — оставаться женатым, хотя первоначально он не хотел вносить какие-либо изменения для того, чтобы улучшить брак. Его психотерапевт мудро предположила, что он думает о том, чтобы

осуществить некоторые *небольшие* изменения, но не попросила его первоначально брать на себя эту цель. Она помогла ему исследовать преимущества и недостатки этой цели, чтобы он мог сделать собственный вывод о том, следует ли ему изменить свое поведение по отношению к жене.

Выводы

Клиенты добиваются большего прогресса в психотерапии тогда, когда у них есть четкое представление, чего они хотят и как этого добиться. Установление конкретных поведенческих целей является важной частью терапевтического процесса. Многие трудности в лечении могут быть связаны с отсутствием совместно согласованных целей. В таких случаях психотерапия может не иметь четкой направленности или психотерапевт и клиент могут переживать скрытый конфликт или разногласия. Часто проблема помощи клиентам в установлении их целей связана с теми вопросами, которые задает психотерапевт, а также с его готовностью продолжать работать, если первоначальные вопросы оказываются неэффективными.

Однако в некоторых случаях проблема связана с убеждениями и стратегиями клиентов. Для психотерапевтов необходимо выявить такие проблемы, чтобы работать с клиентами, концептуализировать эти трудности и по мере необходимости видоизменить свою интервенцию, чтобы найти нужное направление терапии.

Глава 8

Сложности при структурировании сессии

Когнитивные терапевты обычно обеспечивают выполнение стандартной структуры терапевтической сессии, которая предназначена для рационального и эффективного обеспечения лечения, насколько это возможно. В этой главе кратко описаны рекомендуемая структура и способы применения и изменения стандартных стратегий в соответствии с этой структурой. Здесь представлены дисфункциональные предположения клиентов и психотерапевтов наряду с решениями для распространенных проблем, с которыми сталкиваются терапевты при реализации конкретных структурных элементов сессии. Наконец, здесь описаны условия, при которых стандартную структуру внедрять нецелесообразно.

Стандартная структура

В начале сессий психотерапевты восстанавливают раппорт[16] и проверяют изменения в симптомах клиентов, уровни их благополучия и функционирования. Они "прощупывают почву", задавая вопросы, чтобы узнать, как в общем прошла неделя, о взлетах и падениях, проблемах

[16] Раппорт (от фр. "rapport" — "связь, отношение") — контакт, устанавливаемый между клиентом и психотерапевтом во время сессии. — *Примеч. ред.*

и успехах клиентов. Они проверяют выполнение домашнего задания и выясняют, предполагает ли клиент, что могут возникнуть значимые проблемы до следующей сессии. Сбор этих данных с помощью как симптоматических оценочных форм, так и словесного расспроса помогает психотерапевту сформулировать стратегию сессии. Прежде всего, психотерапевт задумывается о следующем.

- **"Как я могу помочь клиенту почувствовать себя лучше к концу этой сессии?"**
- **"Как я могу помочь ему лучше провести неделю до следующей встречи?"**

Эта критически важная первая часть терапевтической сессии может быть относительно короткой, если клиенты вкратце предоставляют необходимую информацию, или занять до четверти или даже трети сессии, если клиенту необходимо передать большой объем информации или если психотерапевт допускает ошибку, не прерывая клиента, когда это необходимо.

В следующей части сессии психотерапевт вместе с клиентом определяют приоритеты повестки дня и обсуждают первую проблему. Психотерапевт снова собирает данные о проблеме для формулирования стратегии. Например, следует ли им непосредственно заняться решением проблем? Раскрыть и изучить ключевые дисфункциональные когниции? Сосредоточиться на выработке необходимых навыков? Сделать что-нибудь еще? Обсуждение проблемы, естественно, приводит к домашнему заданию. Эта процедура повторяется для второй проблемы (и третьей, если есть время).

К концу сессии психотерапевт убеждается в том, что он и клиент разделяют понимание наиболее важных идей, обсуждаемых на сессии, и что они записали (на бумаге или посредством аудиозаписи) самые важные выводы, которые были сформулированы, и обсудили домашнее задание. Наконец, психотерапевт предоставляет обратную связь.

Иногда у психотерапевтов по целому ряду причин возникают трудности с введением или поддержкой такой структуры. Как и в случае большинства терапевтических проблем, возникшая проблема может быть практической (например, психотерапевт недостаточно часто прерывает клиента), психологической (например, у клиента есть вмешивающиеся убеждения, такие как "Если я позволю своему психотера-

певту структурировать сессию, окажется, что он сильный, а я слабый") или комбинированной. В начале этой главы представлены способы установления и изменение стандартной стратегии структурирования терапевтической сессии. Затем обсуждаются типичные дезадаптивные убеждения как психотерапевтов, так и клиентов. Наконец, обсуждаются трудности, которые могут возникнуть на каждой из структурных частей сессии.

Применение и изменение стандартных стратегий структурирования сессии

Многие проблемы в структурировании сессии возникают вследствие терапевтической ошибки. Психотерапевт может потерпеть неудачу в адаптивном общении с клиентом; в обсуждении структуры, когда это необходимо для эффективности сессии; в прерывании клиента при необходимости. Важно обучать клиентов пониманию того, что структурирование сессий позволяет психотерапевтам решать их проблемы наиболее рационально и эффективно.

Клиенты, которые ранее получали относительно неструктурированную психотерапию, могут поначалу испытывать тревогу по поводу структурированности когнитивной терапии. Но если у них нет вмешивающихся предположений, то они часто готовы экспериментировать с таким подходом, особенно если их психотерапевты предусмотрительно предупреждают, что они будут просить обратную связь и совместно определять полезность структуры для клиента. Рабочий лист "Подготовка к терапии" (*J. Beck, 2005*) будет полезен для многих клиентов, поскольку позволяет собраться с мыслями и понять, что для них будет наиболее важно сказать психотерапевту в начале сессии.

Обсуждение структуры сессий

Иногда психотерапевты должны обсуждать структуру сессии с клиентами. У одних клиентов практически нет никого, с кем они могли бы поговорить о своих проблемах. Другие клиенты не могут сосредоточиться на оценке своих когниций или решении проблем до тех пор, пока не выскажутся психотерапевту. Такие клиенты заинтересованы в том, чтобы говорить на сессии без перерыва. Концептуализировав эту потребность, психотерапевты могут прийти к соглашению с клиентами, согласно которому им разрешается говорить первые 10–15 минут каждой сессии, по крайней мере на начальном этапе терапии. В конце

этого времени психотерапевту необходимо вмешаться и подытожить наиболее важные моменты, на которых сосредоточился клиент; убедиться в том, что он точно понимает послание клиента, а затем использовать монолог клиента для установления повестки дня. Оставшаяся часть сессии может иметь более стандартную структуру: проверка настроения, наведение мостов между сессиями, обсуждение пунктов повестки дня и т.д. Для психотерапевтов важно понимать необходимость такого варианта, как и то, что он отнюдь не означает, что клиент изначально не извлек бы выгоду из стандартной структуры.

Задание темпа

Еще одним важным навыком эффективного структурирования сессий является задание темпа. На сессии психотерапевтам необходимо постоянно отслеживать оставшееся время и тактично направлять дискуссию, чтобы помочь клиентам чувствовать себя лучше к окончанию сессии и подготовить их к следующей встрече. Полезно, чтобы в терапевтическом кабинете часы находились напротив психотерапевта и напротив клиента, чтобы каждый из участников мог следить за временем. Психотерапевт должен завершить обсуждение последней проблемы за 5–10 минут до окончания сессии. Это позволяет клиентам и психотерапевтам закрыть проблему (или согласиться продолжить ее обсуждение на следующей сессии), рассмотреть и записать как наиболее важные выводы из сессии, так и домашнее задание, и обсудить обратную связь клиентов.

Прерывание

Психотерапевты не могут проводить сессии и достигать терапевтических целей без тактичного прерывания клиентов. Клиенты изначально не знают, что должен знать психотерапевт для того, чтобы эффективно им помочь. Некоторые клиенты (и психотерапевты) полагают, что терапевт должен знать каждую деталь их истории и каждую их проблему. Или что им нужно знать все трудности клиента или все, что у него на уме. Фактически психотерапевты обычно нуждаются в достаточном количестве информации, чтобы концептуализировать, над какой проблемой важнее всего поработать. Затем, по ходу решения проблемы, им необходимо знать, какая фоновая информация является наиболее важной и какие когниции и поведение, в первую очередь, необходимо изменить.

Поэтому для психотерапевтов важно мягко прерывать клиентов, например, говоря "Могу ли я вас прервать на минутку? Я хочу удостовериться в том, что я точно понимаю то, то вы говорите" или "Могу я просто задать вам вопрос об этом?" или "Извините, что прерываю, но мне нужно знать..." Клиенты, которые недовольны тем, что их прерывают, обычно проявляют изменения в аффекте, языке тела или тоне голоса. В главах 4 и 5 описывается, что делать в таких случаях. Если психотерапевты не уверены в воздействии их прерывания на клиента, то они просто могут сказать следующее.

- "Мне жаль, что я продолжаю вас прерывать, но для меня важно получить полное представление/понять смысл ряда ваших проблем/выяснить, что было для вас самым неприятным. Слишком ли сильно вас это беспокоит?"

Если клиент отвечает утвердительно, психотерапевт может обсудить с ним структуру или посмотреть, готов ли клиент быть толерантным к прерываниям, а затем в конце сессии определить, какие изменения необходимы для следующей сессии.

Дисфункциональные предположения клиентов и психотерапевтов

Типичные предположения клиентов, которые препятствуют стандартной структуре сессии, часто отображают дисфункциональные идеи, которые есть у них о себе, о своем психотерапевте и о терапии.

- "Если мой психотерапевт прерывает меня, значит, ей нет дела/она не хочет услышать, что у меня на уме/она пытается контролировать меня/она унижает меня".
- "Если мой психотерапевт прерывает меня, то она упускает важную информацию, которая необходима ей для того, чтобы помочь мне/не поймет меня".
- "Если мой психотерапевт структурирует сессию, то я буду чувствовать себя некомфортно/должен буду рассказывать о себе/должен буду столкнуться с проблемой и работать над ее решением".

Психотерапевты тоже иногда делают неадаптивные предположения:

- **“Если я прерываю клиента, я пропускаю важную информацию”.**
- **“Если я структурирую сессию, то нанесу вред нашему альянсу”.**

Психотерапевты с такого рода предположениями должны оценивать свои идеи и проводить эксперименты для их проверки. Если психотерапевты упускают важную информацию, то они могут заниматься более тщательным опросом. Если был нарушен альянс, то они могут работать над его восстановлением.

Испытывая дистресс, клиенты склонны сосредоточиваться либо на недавних угнетающих событиях, либо на событии, которое наиболее сильно расстроило их на протяжении недели. Иногда эти темы *имеют* первостепенное значение. Однако, не прерывая клиентов, психотерапевты часто не получают достаточно данных для того, чтобы это определить. *Неспособность прервать клиентов лишает психотерапевтов возможности подумать над тем, что поможет им принести наибольшую пользу на сессии.*

Например, Харриет пришла на сессию крайне расстроенной: она только что снова поссорилась со своей взрослой дочерью. Если бы ее психотерапевт не прерывал Харриет, то он, возможно, так бы и не узнал до конца сессии (если бы узнал вообще), что она столкнулась с гораздо более насущной проблемой: прекратилась выплата ее пособия по государственному социальному обеспечению, потому что Харриет не заполнила необходимые формы и избегала встреч с социальным работником, изучающим условия жизни неблагополучных семей и лиц, нуждающихся в материальной или психологической помощи.

Иногда психотерапевты выигрывают от репетиций адаптивных ответов на свои дисфункциональные предположения.

- “Мне неудобно прерывать этого клиента. Но из предыдущего опыта я знаю, что, *не* прерывая его, мы не сможем достичь многого. Я могу попытаться прерывать и посмотреть, что произойдет. Если он будет этим расстроен, я всегда смогу извиниться и сказать ему, что прерываю его, потому что мне очень важно помочь ему решить его проблемы. С другой стороны, это может вообще не оказаться проблемой”.

Решение проблем в структурировании терапевтической сессии

Проблемы в реализации стандартной структуры представлены в этой главе и в главе 9. В этом разделе обсуждаются трудности, которые возникают в начале сессий (при проверке настроения клиентов, установлении повестки дня, наведении мостов между сессиями и определении приоритетов повестки дня) и в конце сессий (при подведении итогов и предоставления обратной связи). В следующей главе описаны проблемы из средней части стандартной сессии: обсуждения вопросов повестки дня и постановки домашних заданий.

Важно отметить, что стандартные элементы начала терапевтической сессии представлены здесь как отдельные пункты. В действительности опытные психотерапевты часто их смешивают.

Проверка настроения

Очень важно, чтобы клиенты заполняли стандартизированные контрольные перечни симптомов, такие как "Шкала депрессии Бека" (*Beck et al., 1961*), "Шкала тревоги Бека" (*Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988*) и "Шкала безнадежности Бека" (*Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974*), перед каждой сессией. Или клиенты могут оценить свое настроение по 10-балльной (0–10) или 100-балльной (0–100) шкале или просто оценить свой дистресс как низкий, средний или высокий. Кроме того, психотерапевты должны получить субъективный отчет о том, как клиент чувствовал себя на прошлой неделе по сравнению с другими неделями. Однако иногда клиенты испытывают дискомфорт вследствие необходимости оценки своего настроения. Следующий пример иллюстрирует, как психотерапевт должен был отказаться от стандартной проверки настроения, чтобы поддержать слабый терапевтический альянс.

Несмотря на то что Андреа, пусть неохотно, все же заполнила контрольные перечни симптомов и другие формы по ходу первичной диагностики, она категорически отказалась делать это перед первой терапевтической сессией ("Я совершенно точно не буду их заполнять"). Решив, что эта проблема имеет второстепенное значение по сравнению с другими проблемами Андреа, психотерапевт не стала настаивать и попыталась получить информацию другими способами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы заполнили формы (депрессии и тревоги)?

АНДРЕА: (*категорически*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хотела бы получить представление о том, как вы себя чувствовали с тех пор, как была проведена диагностика. Не могли бы вы заполнить их после сессии?

АНДРЕА: Я *действительно* не хочу. Они действительно ко мне не относятся.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда давайте попробуем еще один способ оценить ваше настроение. Можете ли вы сказать мне, если 100 — это самая сильная депрессия, которую вы когда-либо испытывали, а 0 означает, что вы не чувствуете себя подавленной вообще, как бы вы оценили свое настроение в целом на этой неделе?

АНДРЕА: (*раздраженно*) Я не знаю. (*Пауза.*) Ненавижу делать это. Это кажется таким искусственным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы рассказать мне своими словами, как вы себя чувствуете на этой неделе по сравнению с другими неделями?

АНДРЕА: Не знаю. Я чувствую себя паршиво, вот как я себя чувствую.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Извините, похоже на то, что у вас была еще одна плохая неделя.

АНДРЕА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*пытаясь получить более конкретную информацию*). Что самого плохого произошло на этой неделе?

АНДРЕА: Все было плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы привести мне пример *одного* плохого случая? (*обеспечивая выбор*) Было это в последние несколько дней? Или ближе к началу недели?

АНДРЕА: (*Думает.*) Я же сказал вам, все было плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*пробуя противоположную тактику*) Было ли на этой неделе что-то не настолько плохое, как в остальное время? (*предоставляя выбор*). Вы смотрели что-нибудь хорошее по телевизору? Хорошо поели?

АНДРЕА: Я смотрела (реалити-шоу). Это было достаточно хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Таким образом, на неделе был хотя бы один более яркий час. (*в режиме диалога*) Вы собираетесь посмотреть его снова на этой неделе?

АНДРЕА: Да, я всегда это делаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это хорошо. (*обосновывая проверку настроения*) Знаете, одна из причин, по которым я спрашиваю вас о том, каким было ваше настроение в течение недели, — узнать, что было хорошего, для того чтобы вы могли делать этого побольше. И что было плохо, чтобы мы могли попытаться это исправить. В общем, как вы думаете, ваше настроение на этой неделе было таким же плохим, как, скажем, в прошлом месяце? Или сейчас больше хороших моментов? Можете ли вы наслаждаться такими шоу (как реалити-шоу) больше?

АНДРЕА: (*думает*) Я так не думаю. Я не вижу большой разницы. Может, сейчас немного хуже.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, я хотела бы продолжать отслеживать ваше настроение в начале каждой сессии. Так я буду знать, двигаемся ли мы в правильном направлении или нам нужно что-то изменить в отношении психотерапии. Хорошо?

АНДРЕА: (*неохотно*) Хорошо.

В этом случае психотерапевт оказалась гибкой и готовой на компромисс. Если бы она стала подталкивать Андреа к оценке ее настроения, их слабый терапевтический альянс, вероятно, нарушился бы. В начале второй сессии психотерапевт снова осторожно проверяет готовность клиентки к оценке ее настроения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, если я попрошу вас оценить свое настроение, это будет вас раздражать?

АНДРЕА: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда я не буду спрашивать вас сегодня, но можете ли вы сказать мне, что *означает* для вас то, что я спрашиваю вас о вашем настроении?

АНДРЕА: Это раздражает. Я не могу просто дать вам короткий ответ о том, как себя чувствую. Это очень сложно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, для меня важно это понять, даже если это сложно?

АНДРЕА: Нет. Нет. Я бы предпочла поговорить о чем-то другом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все в порядке. (*изменяя тему для сохранения альянса*) Можем ли мы установить повестку дня? Помощь в решении какой проблемы вы хотели бы получить от меня сегодня?

Отказ от оценки настроения был всего лишь одной трудностью, которую предоставила Андреа. Она также сменила тему, когда психотерапевт попросила описать ее типичный день на прошлой неделе. Она настояла на том, чтобы в повестку дня были включены лишь описания многочисленных травм, которые она испытала, пока росла в своей дисфункциональной семье. Трудности Андреа в отношении сосредоточения на своем настроении, функционировании и проблемах были связанны с ее предположением "Если я расскажу о своих нынешних проблемах, то буду чувствовать себя ужасно". Ее психотерапевт поначалу пропускала стандартизированную оценку настроения. Со временем, поскольку Андреа испытала *облегчение* от обсуждения своих нынешних проблем, она стала больше сотрудничать на сессиях и допускала проведение психотерапевтом стандартизированной оценки настроения.

Установление первоначальной повестки дня

Психотерапевты могут спрашивать клиентов о проблемах, которые следует включить в повестку дня, в самом начале сессий, добавляя другие проблемы по мере их проявления. После наведения мостов между сессиями психотерапевт может подытожить пункты сформированной повестки дня и выяснить, есть ли у клиентов другие темы, которые они хотели бы обсудить.

Вопрос о том, что они хотели бы включить в повестку дня, приводит многих клиентов к проблемно-ориентированным темам. Однако вопросы общего плана (например, "О чем вы хотите поговорить на этой неделе?" или "Что, как вы думаете, мы должны обсудить?") иногда приводят к таким пунктам повестки дня, которые не способствуют прогрессу клиентов. Таким клиентам лучше задать следующий вопрос.

- "Какие проблемы вы хотели бы решить с моей помощью сегодня?"

Однако даже этот вопрос по-прежнему слишком открытый для некоторых клиентов, особенно для тех, кто находится на низком уровне функционирования. Психотерапевту, возможно, потребуется принять ведущую роль в определении повестки дня, например "Ашер, вас устроит, если мы проверим, как вы ведете домашние дела, принимаете лекарства и ладите с окружающими? Дайте мне знать, если есть что-то еще для нашей повестки дня".

При попытке установить первоначальную повестку дня с "трудными" клиентами может возникнуть ряд проблем. Такие клиенты могут:

- не в состоянии дать ответ;
- проявить нежелание продолжать психотерапию;
- избегать включения важной проблемы в повестку дня;
- описывать проблему, вместо того чтобы назвать ее;
- включать слишком много проблем в повестку дня.

Эти трудности обсуждаются ниже.

Когда клиент говорит "Я не знаю"

Иногда ответ "Я не знаю" является искренним; клиент может чувствовать себя настолько подавленным множеством трудностей или сильными эмоциями, что ему нужно, чтобы психотерапевт с помощью дополнительных вопросов помог им определить, с чем нужно работать. Иногда отказ от ответа указывает на проблему в альянсе, например "Если я сделаю себя уязвимым, рассказав своему психотерапевту о моих проблемах, то он мне навредит". А иногда это отражает характерную для клиента стратегию избегания, например "Если я поставлю пункт «получить работу» в повестку дня, то мне придется начать искать какую-то работу, а я не хочу этого делать".

Клинический случай

Артур, хронически депрессивный 31-летний мужчина, безработный, который все еще живет со своими родителями, изначально хотел обсуждать только экзистенциальные вопросы. Он сопротивлялся терапии и явно неохотно устанавливал повестку дня. Его психотерапевт перешла к обзору его недели, чтобы попытаться вовлечь его и определить важные проблемы для повестки дня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В отношении какой проблемы вы хотели бы получить мою помощь сегодня?

АРТУР: (*Медлит, находясь в нерешительности.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*просматривает заметки с предыдущей сессии*) Как вы думаете, должны ли мы поговорить о проблеме с вашими родителями? Или о том, что вы не получаете удовлетворения от своей жизни?

АРТУР: Полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что-нибудь еще?

АРТУР: Не совсем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Перекидывает мосты к предыдущей сессии.*) Хорошо, давайте зацепимся за что-то. Что случилось на этой неделе, о чем я должна знать? Как прошла ваша неделя?

После обсуждения предметов в рамках перехода, психотерапевт делает вторую попытку установить повестку дня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подытоживая*) Хорошо, похоже на то, что отношения с родителями все ёще достаточно плохие, но на этой неделе были случаи, когда вы чувствовали себя немного менее депрессивным. Чему из этого, по вашему мнению, мы должны уделить сейчас больше внимания? Или есть еще какая-то проблема, над которой вы хотите поработать?

Когда клиент не хочет устанавливать повестку дня, поскольку не заинтересован в психотерапии

Артур, клиент, о котором говорилось выше, все еще неохотно устанавливает повестку дня, потому что не заинтересован в психотерапии. Его психотерапевт должна представить убедительный аргумент в пользу того, почему, с точки зрения клиента, он может захотеть участвовать в терапии.

АРТУР: Знаете, я действительно не хочу говорить о чем бы то ни было. Я не хочу быть здесь вообще.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: То есть вам было тяжело прийти сегодня?

АРТУР: Да, но я должен был. Мои родители настаивали.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас не было выбора. Знаете, если бы я была на вашем месте, то я бы чувствовала себя достаточно обиженной.

АРТУР: Да, я имею в виду, что психотерапия была *их* идеей, а не моей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чувствуете ли вы, что они постоянно пытаются вас к чему-то подталкивать? Или они настаивали только на психотерапии?

АРТУР: Нет, они делают это постоянно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы назвать мне еще несколько примеров?

Здесь психотерапевт вовлекает клиента, сочувствуя его нежеланию участвовать в терапии вместо того, чтобы устанавливать первоначальную повестку дня, и позволяет ему дать выход своим чувствам. Далее психотерапевт вовлекает клиента, формулируя пункты повестки дня таким образом, чтобы они были привлекательными для него.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже на то, как будто ваши родители действительно пытаются вас контролировать, не только говоря, что вам нужно и что не нужно делать, но и заставляя вас чувствовать себя так плохо. Вы хотите поговорить о том, что вы можете сделать, чтобы они не могли так сильно контролировать ваше настроение?

АРТУР: (*кажется, более заинтересованным*) Что вы имеете ввиду?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне кажется, что большую часть времени вы чувствуете себя довольно раздраженным, особенно когда думаете о том, как они давят на вас и критикуют вас. (*Пауза.*) Вы хотите узнать, как быть в состоянии контролировать свое настроение? Не быть таким злым, только если это не устраивает *вас*?

АРТУР: Я все еще не уверен, что понимаю, что вы имеете в виду.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, почему бы нам не поставить пункты "контролировать свое настроение" и "проблема с родителями" в повестку дня, чтобы поговорить об этом сегодня. (*Пауза.*) Прежде чем мы дойдем до них, есть ли что-нибудь еще, над чем вы хотели бы поработать?

Когда клиенты избегают включения важной проблемы в повестку дня

Иногда клиенты, особенно те, у которых есть тенденция к избеганию, устанавливают пункты в повестке дня, но не поднимают самую важную проблему.

Клинический случай

У Розы хронические проблемы с братом. Поскольку он жил за границей и она вообще избегала контактов с ним, проблемы с ним возникали нечасто. Хотя Роза и хотела поговорить о нем, ее психотерапевт концептуализировала, что гораздо более важно было бы сосредоточиться на том, чтобы помочь Розе найти работу, поскольку вскоре ее ограниченные средства будут истощены.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, над какими проблемами вы хотели бы поработать сегодня?

РОЗА: Я думаю, что над ссорой, которая была у меня с моим братом. Он приставал ко мне, чтобы я навестила наших родителей, поэтому я его отчитала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что-нибудь еще?

РОЗА: (*Думает.*) Если у нас будет время, то о том, что моя квартира находится в ужасном беспорядке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*упоминая о текущей проблеме*) А как насчет вашего прогресса в поисках работы?

РОЗА: Да, наверное.

Трудность с такой клиенткой может возникнуть, когда приходит время для определения *приоритетности* проблем в повестке дня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, давайте выясним, как использовать наше время. Есть проблема с вашим братом, вашей квартирой и поиском работы. С чего, по вашему мнению, мы должны начать?

РОЗА: С моего брата. Он очень меня расстроил.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Интересно, Роза, а что если мы сначала поговорим о работе? Меня волнует то, что ваша страховка от безработицы заканчивается в этом месяце. У вас есть запасной план на случай, если все еще не будет работы?

В этой ситуации психотерапевт направляет дискуссию к проблеме, которую считает более насущной. Вместо совместного принятия решения о том, чтобы поговорить о работе, она просто начинает говорить об этом в поиске информации. Если клиентка будет неодобрительно к этому относиться, психотерапевт может спросить о ее автоматических мыслях по поводу обсуждения этой проблемы.

Когда клиенты описывают проблему вместо того, чтобы ее назвать

Психотерапевты должны подготавливать клиентов к терапии, обучая их тому, как получить максимальную выгоду от лечения. Часть процесса подготовки заключается в том, чтобы научить их называть, а не описывать свои проблемы при установлении повестки дня. Психотерапевтам часто приходится прерывать клиента и моделировать этот навык для него.

Клинический случай

Анита, 36-летняя домохозяйка, начала говорить еще до того, как присела: “Это была такая ужасная неделя. Мой муж, которого, как вы знаете, уволили в прошлом месяце, ужасно раздражителен. Он постоянно на все жалуется. Как и прошлой ночью, я немного поздно пришла домой, после того как была на кофе с моими друзьями, и он очень разозлился. Он человек привычек. Он хочет ужинать в 18:00, и, если он этого не делает...”

Если бы психотерапевт позволила клиентке продолжать, она бы не обнаружила другие проблемы, которые были более важными. Иногда психотерапевты должны прерывать своих клиентов неоднократно.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Анита, позвольте мне на минуту вас перебить. Итак, мы хотим поставить проблему с вашим мужем...
>
> АНИТА: ...он приходит в бешенство. Если ужин задерживается, то это просто выбивает его из колеи...
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подняв палец*) Анита, извините, что я прервала вас...
>
> АНИТА: Затем он становится таким саркастическим...
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*спокойно махая ей рукой*) Анита! Подождите минутку. Это действительно важно. Можем ли мы назвать это “Проблема с Бобом?” Можете ли вы записать это на этом листе бумаги? Я хочу услышать об этом через несколько минут, но сначала мне нужно знать, как вы себя чувствуете, как прошла ваша неделя и какие у вас могут быть другие проблемы. Теперь, можете ли вы рассказать мне парой предложений, каким было ваше настроение в целом на этой неделе?

В этом случае психотерапевт должна была проявить настойчивость, иначе она не смогла бы получить информацию, необходимую ей для терапевтического планирования на этой сессии. Просьба к клиентке записать пункт повестки дня не является обычной практикой, но психотерапевт должна была проявить творческий подход для того, чтобы перенаправить внимание Аниты. Это помогло прервать словесный поток Аниты и позволило ей переключиться, чтобы она могла размышлять над вопросами психотерапевта. Если бы у Аниты была негативная реакция на поведение психотерапевта, последняя могла бы проверить предположения о терапевтических отношениях, представленные в главах 4 и 5. А также, как упоминалось ранее, неспособность прервать

Аниту, возможно, лишила бы ее возможности подумать о том, что было самым важным, о чем следовало бы поговорить на сессии. Поэтому клиентка не почувствовала бы себя лучше на сессии и упустила бы возможность провести неделю лучшим образом.

Когда клиенты включают слишком много проблем в повестку дня

Иногда клиенты начинают выпаливать проблемы, как только входят в терапевтический кабинет, ошарашивая себя и своего психотерапевта. Психотерапевту необходимо прерывать их и обобщать, группируя связанные между собой проблемы в рамках одной общей темы.

Клинический случай

КЛИЕНТКА: У меня была такая трудная неделя. Я даже не знаю, с чего начать. У меня проблема с моим соседом. Снова. Снова! Он делает мою жизнь несчастной. А потом все эти проблемы на работе. Ванда, я рассказывала вам о ней ранее. Отношения с ней ухудшаются, она все время говорит мне, что делать, при том что не является моим руководителем. Она занимает более высокую должность, но то, что я делаю, — это мое дело, а не ее. И Саймон (парень)... Я не знаю, что с ним происходит. Он соткан из противоречий. Он что-то сказал на этой неделе, что очень сильно меня ранило, но потом сразу же извинился, и я не знаю... И я думаю, что у меня заканчиваются деньги. Я даже не знаю, сколько у меня есть денег в банке; я истратила все деньги на кредитной карточке и на этой неделе получила письмо от коллекторской конторы. А также моя мама сводит меня с ума тем, что все время мне звонит, словно ожидает, что я всегда буду у нее на побегушках и перезванивать ей. И я чувствую себя паршиво, я думаю, что я заболеваю простудой, но не могу позволить себе пропустить ни одного дня работы, потому что думаю, что меня могут уволить. И моя соседка по квартире... Я думаю, что она ворует у меня деньги. И она не убирает свою часть. Кухня всегда в беспорядке. Это отвратительно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*прерывая и подытоживая*) Итак, посмотрим, над чем мы должны поработать в первую очередь. Есть проблема с деньгами, проблемы в отношениях и проблема с тем, что вы заболеваете. Если бы у нас было время для работы только над одной проблемой, какая, по вашему мнению, могла бы изменить ситуацию?

КЛИЕНТКА: Не знаю. Я так злюсь на своего соседа. И мою соседку по квартире. (*думает*) Моя соседка по квартире, я думаю. Я могу просто игнорировать моего соседа по этажу, притворяться, что я его не вижу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, мы можем начать с вашей соседки по квартире. Если у нас останется время для другой проблемы, что бы это было?

Наведение мостов между сессиями

В этой части сессии психотерапевты собирают дополнительную информацию, необходимую для того, чтобы определить приоритеты повестки дня и эффективно планировать сессию. Им может потребоваться выполнение некоторых или всех нижеследующих действий, но не обязательно в предложенном порядке:

- оценка текущего функционирования клиентов посредством краткого обзора их недели (включая лучшие и худшие дни);
- предвосхищение будущих проблем;
- обсуждение негативной реакции на предыдущую сессию (при необходимости);
- проверка соблюдения приема медикаментов (при необходимости);
- проверка выполнения домашнего задания (включая при необходимости тягу к употреблению алкоголя или наркотиков, частоту импульсивного поведения и т.д.);
- оценка уровня приверженности клиентов достижению целей (при необходимости);
- оценка степени убежденности клиентов в своих глубинных убеждениях (при необходимости).

Эти темы описаны ниже.

Обзор недели

Не все клиенты с одинаковой готовностью хотят рассказывать о важных событиях своей недели (или о периоде, прошедшем с момента последней сессии). Одни, даже те, у кого нет серьезных проблем, сообщают крайне мало; другие же сообщают излишне много. Чтобы концептуализировать, как помочь клиенту наилучшим образом в рамках данной сессии, психотерапевты должны выслушать общий обзор того, как прошла неделя, а также проанализировать информацию о том, когда клиент испытывал наибольший дистресс. Психотерапевты

могут выявить в рассказе клиента важные проблемы, чтобы включить их в повестку дня. Нужно отметить, что некоторые клиенты не могут по своей инициативе сообщать о серьезных проблемах. Полезным может быть быстрый обзор сфер их жизни, чтобы выяснить, возникла ли где-нибудь проблема, которую необходимо включить в повестку дня.

Клинический случай

Лора, клиентка с хроническим быстроциклическим биполярным расстройством, приходила на психотерапию раз в неделю, когда находилась в кризисе; реже — когда чувствовала себя лучше и один раз — каждые полтора-два месяца, когда была относительно стабильной. Ее психотерапевт распознал паттерн Лоры, который заключался в том, что она включала в повестку дня только ту проблему, которая причиняла ей наибольший дистресс в день их встречи. Время от времени возникали и другие важные проблемы, которые Лора не упоминала. Поэтому в начале каждой сессии психотерапевт быстро проверял Лору по контрольному перечню в отношении критических сфер ее жизни: "Как дела с вашим парнем? С вашей дочерью? Сколько раз вы пропустили прием лекарств с тех пор, как я видел вас в последний раз? Когда вы виделись с вашим психиатром? Что она сказала? Можете ли вы выполнять работу по дому? Как дела с вашей матерью и сестрой? Вы по-прежнему ежедневно читаете Библию? Вы регулярно принимаете пищу? Спите? Выходите на прогулку? Выполняете поручения?" Неспособность психотерапевта обнаружить проблему и проработать ее сразу сказывалась на состоянии Лоры.

Психотерапевты также должны узнать о *положительных* аспектах, которые были на неделе у клиентов. Это позволяет психотерапевту подкрепить вовлечение клиентов в функциональное поведение и изменение их мышления, а также подкрепить идею, согласно которой клиенты влияют на свое настроение, думая и ведя себя по-другому. Анализ положительных событий также может помочь клиентам увидеть, что их жизнь не наполнена исключительно негативом. Наконец, психотерапевты могут собирать положительные данные, чтобы на этой или одной из последующих сессий противопоставить их дисфункциональным глубинным убеждениям клиента (см. главу 13).

Предвидя положительные реакции, психотерапевт Лоры, например, также задавал ей такие вопросы: "Как прошла воскресная служба в церкви в воскресенье? Как дела у вашей собаки? Вам нравится эта мягкая погода? Вы делаете успехи с шарфом, который вяжете для вашей дочери? Что приятного вы делали на этой неделе?"

Предвосхищение проблем

Чтобы установить эффективную повестку дня, важно выяснить, какие значимые проблемы могут возникнуть до следующей терапевтической сессии. Психотерапевты могут спросить следующее.

- "Есть ли что-нибудь, что может случиться, прежде чем я снова увижу вас, о чем я должен знать?"

Если клиенты заводят разговор о потенциальных проблемах, психотерапевты могут совместно с ними оценить, должно ли обсуждение этих проблем иметь приоритет над проблемами, которые возникли на прошлой неделе. Например, Джерри и его психотерапевт решили, что более приоритетным будет обсуждение того, как он может справиться с предстоящим визитом члена семьи, чем обсуждение тревожного инцидента, который произошел днем ранее, при участии банковского коллектора. Будучи уверенными в том, что предстоящие проблемы, которые необходимо предотвратить, также включаются в повестку дня, клиенты могут упоминать о важных проблемах ближе к концу сессии, например "Но я забыл сказать вам, что мой домовладелец угрожает выселить меня через несколько дней!"

Негативная реакция на предыдущую сессию

Когда клиенты проявили негативную реакцию в конце предыдущей сессии, то может быть важно обсудить эту проблему в самом начале следующей терапевтической сессии, как описано в главах 4 и 5, даже перед оцениванием настроения или установлением повестки дня. С другой стороны, психотерапевты могут решить, если они не обещали клиенту другого, отложить такое обсуждение на более позднюю часть сессии, когда клиент окажется более вовлеченным, а альянс — более надежным.

Соблюдение режима приема медикаментов

До тех пор, пока клиенты не придут к строгому соблюдению режима приема лекарств, в начале сессии полезно проверить, насколько последовательно они принимают психотропные препараты. Вопрос "Вы принимали свои лекарства на этой неделе?" неизменно приводит к ответу "Да". Более конкретные вопросы часто дают важную информацию.

- "Сколько дней на этой неделе вы смогли принять лекарство точно так, как назначено?"

Вот вариант этого вопроса.

- "Сколько дней вы пропускали прием некоторых из ваших лекарств?"

Если клиент не проявляет приверженности точному соблюдению приема медикаментов, то эту проблему стоит включить в повестку дня.

Проверка выполнения домашнего задания

Иногда проверка выполнения домашнего задания весьма кратка: клиенты сообщают о том, что это было полезно, способны кратко описать, что они узнали или как извлекли выгоду из того, что делали, и быстро решают с психотерапевтом, следует ли продолжать выполнение таких заданий. На другом конце спектра находятся ситуации, в которых проверка выполнения домашнего задания должна занимать большую часть терапевтической сессии, потому что домашнее задание затрагивает центральные проблемы и глубинные убеждения, помощь с которыми все еще необходима клиенту. В этом случае "проверка выполнения домашнего задания" станет, вероятно, пунктом повестки дня, поэтому психотерапевту необходимо будет продолжать наводить мосты между сессиями и помогать клиенту определять приоритеты повестки дня. Прекрасно, когда в таком случае проверка домашнего задания уравновешивается не связанным с ним обсуждением пунктов повестки дня.

Домашнее задание Марджори состояло в том, чтобы проверить ее убеждение "Если я выскажу свое мнение людям (мужу, сестре, другу, соседу), то они будут злиться на меня и каким-то образом причинят мне боль". Наводя мосты между сессиями, психотерапевт заметил, что Марджори провела несколько поведенческих экспериментов, и некоторые из них прошли хорошо, а некоторые — нет. Клиентка согласилась подождать, пока они определят приоритеты повестки дня, чтобы обсудить домашнее задание более полно. Действительно, Марджори и ее психотерапевт решили, что проблема, связанная с работой клиентки, была еще более насущной, поэтому впоследствии они посвятили некоторое время анализу поведенческих экспериментов, но согласились обсудить их более полно на следующей сессии.

Проверяя выполнение домашнего задания, психотерапевту необходимо выяснить, в какой степени оно было выполнено. Как и в отношении с лекарствами, вопрос "Перечитывали ли вы свои терапевтические заметки?" часто дает менее ценную информацию, чем такой вопрос.

- "Как часто вы их перечитывали (или могли перечитывать)?"

Психотерапевт спросила Бенджамина, как часто он ездил в супермаркет на протяжении прошедшей недели, что было важным упражнением по его агорафобической иерархии. Сначала Бенджамин сообщил, что он делал это "большую часть времени". После дальнейшего опроса он рассказал о том, что делал это только дважды, чего было недостаточно для практики адаптивных копинговых техник и овладения задачей. Это была важная информация для психотерапевта, которую ей было необходимо узнать для планирования сессии.

Исследования показывают, что клиенты, выполняющие домашние задания, достигают лучших результатов, чем те, кто этого не делает (*Persons, Burns, & Perloff, 1988*). Следовательно, психотерапевты должны подчеркнуть важность выполнения домашних заданий и проанализировать с клиентами, которые не выполнили свои задания, что им помешало (см. главу 9).

Начало сессии — хороший момент также для оценки субстанциональной зависимости (при необходимости).

- "Сколько раз на этой неделе вы выпивали? Какое наибольшее количество алкоголя вы выпили за день? Наименьшее? В среднем?"

Работая с клиентом, который страдает от субстанциональной зависимости, важно спросить о частоте и силе его *тяги*. Даже если клиенты не пили или не употребляли наркотики, обсуждение того, как они справляются с тягой, может указывать на то, следует ли также включать эту тему в повестку дня. Кроме того, клиенты, которые неохотно предоставляют достоверные данные об употребления ими алкоголя или наркотиков, могут откровенно признаться в том, что у них есть тяга, и это может привести к важной дискуссии.

Приверженность достижению целей

Невыполнение домашних заданий может свидетельствовать об амбивалентности клиентов в отношении их целей или игнорировании решения проблем; поэтому начало терапевтической сессии — это удачный момент для оценки того, насколько сильно они все еще хотят достичь своих целей. Психотерапевт может сказать "Скажите, ваша цель заключается в том, чтобы лучше управлять домашним хозяйством; на-

сколько сильно вы действительно хотите работать над ней прямо сейчас?" Если клиент мало в этом заинтересован, то психотерапевт может сосредоточиться на других пунктах повестки дня или посмотреть, готов ли клиент установить в качестве пункта повестки дня дискуссию о преимуществах и недостатках работы по достижению этой цели на этом этапе терапии.

Например, Селена, 22-летняя женщиной с анорексией и депрессией, живет с родителями и работает неполный рабочий день. Хотя она и избавилась от своего расстройства пищевого поведения, порой она по-прежнему значительно ограничивает свой рацион и изнуряет себя чрезмерно интенсивными физическими тренировками. У нее тенденция минимизировать и рационализировать, оправдывая свое дисфункциональное поведение. Психотерапевт помог Селене стать более открытой и избегать самоуничижительных оправданий для своего дисфункционального поведения, спрашивая ее в начале каждой сессии, насколько сильно она все еще хочет достичь цели, которая заключалась в независимости.

Сила глубинных убеждений

Как только психотерапевт и клиент приступают к изменению глубинного убеждения, начало терапевтической сессии — это удачный момент для контроля степени, в которой клиент все еще принимает его на интеллектуальном и эмоциональном уровнях (см. главу 13).

- **"Итак, мы работаем над идеей, которая заключается в том, что вы — «ничтожество». Как сильно вы убеждены в этом прямо сейчас? На интеллектуальном уровне? Внутренне? Когда вы были убеждены в этом больше всего на этой неделе? Когда вы считали так меньше всего?"**

В ходе такого краткого обсуждения можно получить важные данные, которые окажутся полезными позже, когда психотерапевт и клиент будут обсуждать доказательства, противоречащие глубинному убеждению клиента, поддерживая новое, более адаптивное убеждение. Такое обсуждение также напоминает клиентам и психотерапевтам о необходимости быть внимательными к активации убеждения во время сессии и определить, является ли убеждение основой проблем повестки дня.

Определение приоритетов повестки дня

У одних клиентов есть четкое представление о том, какие пункты повестки дня наиболее важны для обсуждения. Однако другие испытывают трудности с выяснением того, что поможет им больше всего, или активно избегают выбора между несколькими важными проблемами. Как упоминалось ранее, психотерапевт мыслит в пределах двух временных континуумов: "Что наиболее вероятно поможет клиенту почувствовать себя лучше к окончанию сессии?" и "Что наиболее вероятно поможет клиенту в течение следующей недели или недель?"

Когда клиенты подавлены обилием проблем, психотерапевт может попробовать различные техники. Некоторые клиенты могут выбрать важную проблему без особого наставления.

- **"Похоже, что вас много что беспокоит. Это, должно быть, тяжело... Учитывая, что у нас, вероятно, будет время работать только над одной или двумя проблемами, можете ли вы сказать мне, что для вас самое главное?"**

Для других клиентов полезно сгруппировать проблемы:

- **"Таким образом, у нас есть группы проблем (на работе, с мужем и детьми, с чувствами тревоги и одиночества). С чего вы хотите начать?"**

Или психотерапевт может быть более директивным, хотя все еще сотрудничающим, если имеет четкое представление о том, что наиболее важно.

- **"Знаете, некоторые из этих проблем имеют довольно хронический характер. Интересно, следует ли нам сначала обсудить предстоящий визит вашей матери на этой неделе? Похоже, что в прошлом это было для вас довольно болезненно. (*Пауза.*) Что вы об этом думаете?"**

Обсуждение проблем повестки дня и домашних заданий

Эти элементы являются ядром терапевтической сессии и детально обсуждаются в следующей главе.

Подведение итогов

Во время терапевтической сессии важно составить представление об эмоциональных переживаниях клиента в данный момент и его понимании содержания сессии. Психотерапевты должны знать, что думают клиенты и как они реагируют, но это трудно оценить, если задавать прямые вопросы:

- **"Вы можете обобщить то, о чем мы только что говорили?"**
- **"В чем здесь заключается главная идея?"**
- **"Как вы думаете, какая у меня точка зрения?"**

Тогда может возникнуть необходимость задать более открытые вопросы:

- **"Что вы об этом думаете?.. Насколько вы убеждены в этом?"**
- **"Как вы относитесь к тому, что мы только что обсуждали?"**

Если клиенты резюмируют точно, но кажутся сомневающимися, то психотерапевтам следует приветствовать их скептицизм и выявлять их автоматические мысли.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете подвести итог? Как вы думаете, о чем я здесь говорю?
>
> КЛИЕНТ: Вы говорите о том, что для того, чтобы почувствовать себя лучше, необходимо быть более активным.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Именно! И что вы думаете об этом?
>
> КЛИЕНТ: Не знаю. Я пытался делать такие вещи, как вы предлагаете, и раньше, но ничего по-настоящему не помогает.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: То есть ваша мысль следующая: "Если я буду более активным, то это не поможет". И вы чувствуете себя безнадежно?
>
> КЛИЕНТ: Да.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько сильно вы убеждены в этой идее прямо сейчас: "Если я буду более активным, то это не поможет"?

Затем психотерапевты могут применить сократический диалог и подтолкнуть клиентов к поведенческим экспериментам, чтобы они могли проверить свои предположения. Если психотерапевты потерпят неудачу в исследовании реакции клиентов, они не смогут развенчать их скептицизм и потеряют возможность апеллировать к ним.

Если обобщение клиента неточное или неадаптивное, то психотерапевту следует мягко его исправить, а если это приведет к нежелательным реакциям со стороны клиента, то заняться снижением его дистресса.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы обобщить то, о чем мы только что говорили?
>
> КЛИЕНТ: (*раздраженно*) Ну, *вы* говорите о том, что мне *просто* нужно быть толстокожим в отношении моей дисфункциональной семьи, чтобы она не заставляла меня переживать.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это отчасти правильно, но я абсолютно *не* думаю, что вопрос заключается только в том, чтобы стать более толстокожим. (*Пауза*.) Я думаю, *мы* должны работать *вместе*, чтобы помочь вам противостоять им, если вы этого хотите. И чтобы узнать, как их игнорировать, чтобы они не могли так сильно вас расстраивать. (*Пауза*.) Что вы об этом думаете?

Терапевтические заметки

Продумав хорошее обобщение, психотерапевты часто просят клиентов записать его или предлагают записать это для них. Клиенты забывают многое из того, что они слышат в кабинете врача (для того чтобы ознакомиться с описанием их трудностей, см. *Meichenbaum & Turk, 1987*). Поэтому психотерапевты должны допускать, что тоже самое справедливо и для их кабинета. Чтобы узнать, что именно клиенты должны помнить, психотерапевтам стоит на протяжении всей сессии задавать себе такой вопрос.

> **"Что я хочу, чтобы этот клиент запомнил на этой неделе?"**

Затем психотерапевт помогает клиенту сформировать индивидуально продуманные терапевтические заметки. Эти заметки могут содержать адаптивные идеи (ответы на дисфункциональные когниции или выводы, сделанные клиентом), инструкции по изменению его поведения или домашние задания. Клиенты или психотерапевты могут запи-

сывать такого рода важные напоминания на карточках, в блокноте или на листах бумаги. Затем психотерапевты могут сделать себе ксерокопии этих заметок. В качестве альтернативы психотерапевты и клиенты могут делать аудиозаписи таких терапевтических заметок.

Затем у клиентов будет возможность дома ознакомиться с наиболее важными выводами, к которым они пришли во время сессии (как в течение ближайшей недели, так и по завершении терапевтического курса). Они получают преимущество от регулярного просмотра или прослушивания своих терапевтических заметок (например, за завтраком и ужином). Психотерапевты иногда должны проявить творческий подход для помощи клиентам, которые не могут читать и не имеют диктофона. Такие клиенты могут рисовать изображения или символы, чтобы помочь себе запомнить информацию, или попросить кого-то, кому они доверяют, прочитать для них их заметки.

Такие терапевтические заметки являются "домашней терапией" для клиентов. Важно мотивировать клиентов регулярно просматривать свои заметки, чтобы способствовать изменению их когниций и поведения. (Подробнее об этой теме — в *J. Beck, 2001*.)

Обратная связь

Как описано в главах 4 и 5, важно запрашивать обратную связь *на протяжении* сессии, если автоматические мысли клиентов о своем психотерапевте, о терапии или о них самих мешают совместной работе над решением проблем. Однако некоторые клиенты скрывают свое недовольство во время сессии, поэтому важно запрашивать обратную связь в ее конце.

- **"Что вы подумали о сегодняшней сессии?"**
- **"Было ли что-нибудь, что беспокоило вас в отношении этой сессии?"**
- **"Было ли что-нибудь, в чем, по вашему мнению, я ошибся?"**
- **"Хотели бы вы изменить что-либо на нашей следующей сессии?"**

В главах 4 и 5 описано, как обходиться с клиентами, которые скрывают свой дискомфорт, и с клиентами, которые громогласно его проявляют. Важно оставить достаточно времени для обсуждения отрицательной обратной связи в конце сессии. Если у психотерапевта не хватает

времени, ему следует извиниться за отсутствие такой возможности и мотивировать клиентов прийти на следующую сессию, даже если они все еще находятся в состоянии дистресса:

- "Я очень рад, что вы отметили, что, по вашему мнению, я принимаю сторону вашей семьи в этом конфликте, — я никогда не предполагал этого. Это *действительно* важно, и я сожалею о том, что у нас нет времени, чтобы обсудить это сейчас. Вы хотели бы поговорить об этом *первым* делом на следующей сессии?"

Когда важно *не структурировать* сессию

Иногда худшие опасения психотерапевтов в отношении структурирования сессии сбываются. Прерывание клиента может привести к тому, что психотерапевт пропустит важную информацию. Психотерапевт может захотеть рассмотреть тему в самом начале сессии, пока активированы глубинные убеждения клиента, вместо того чтобы начать с установления повестки дня. Клиентам может потребоваться высказаться, прежде чем они будут эмоционально готовы к решению проблем. И соблюдение строгой структуры может нарушить терапевтический альянс. Если психотерапевты убеждены, основываясь на данных, которые они наблюдают, что такие последствия вероятны, то они должны снизить уровень структурирования, по крайней мере в начале сессии.

Некоторые клиенты могут просто не хотеть, чтобы кто-то направлял сессию, даже когда отсутствие такого направления кажется психотерапевту пагубным. Часто у психотерапевтов нет другого выбора, кроме как идти на компромисс. Менее радикальный компромисс может заключаться в том, что за неструктурированной частью сессии последует структурированная. Более радикальный компромисс может заключаться в том, что будет предложено несколько неструктурированных сессий подряд: "Дора, знаете, вы можете быть правы. Может быть, вам *было бы* лучше с менее структурированными сессиями. Что вы думаете об этом? Давайте проведем следующие три сессии неструктурированными. Если вы почувствуете себя значительно лучше в конце этого времени, то мы будем знать, что мы должны продолжать в том же духе. Если вы *не* почувствуете себя значительно лучше, то мы будем знать, что что-то необходимо изменить. Возможно, тогда мы сможем сосредоточиться на решении проблем. (*Пауза.*) Как вы думаете?"

Выводы

Следовать стандартной структуре иногда сложно, и психотерапевт должен быть осторожен с тем, чтобы видоизменять терапию в интересах конкретного клиента. Обоснование структуры сессии для клиента, проверка того, сколько раз подряд можно прервать конкретного клиента, изменение предположений клиентов (и своих собственных) позволяет психотерапевтам структурировать сессии таким образом, чтобы прийти к оптимально рациональному и эффективному лечению. Структура обычно помогает с максимальной пользой использовать короткое время, отведенное для лечения, облегчает достижение текущих целей, постепенное освоение психологических и поведенческих навыков, а также сохранение важной информации в долгосрочной памяти. Слепое следование установленной структуре может быть неадаптивным, и для отдельно взятого клиента не обязательно полезно будет следовать заданной схеме на каждой сессии. Структура является средством достижения цели, и стандартная структура должна быть оцениваемой по критерию соответствия для каждого клиента.



Сложности при решении проблем и выполнении домашних заданий

Основной принцип когнитивной терапии заключается в том, что клиентам недостаточно говорить об их трудностях на терапевтических сессиях. Им нужно сосредоточиться на способах решения своих проблем *на* сессии, а затем попытаться реализовать решения *между* сессиями. Первая задача психотерапевта — добиваться того, чтобы клиент сосредоточился на важной проблеме и описал ее вместе со связанными с ней дисфункциональными когнициями. Вторая задача — помочь клиентам настроиться на решение проблем, чтобы они могли активно сотрудничать со своим психотерапевтом, реагируя при необходимости на препятствующие им когниции, и разработать решение проблемы. Клиенты, особенно с проблемами, представляющими вызов для психотерапевта, различаются способностью и желанием действовать таким образом, по крайней мере в начале психотерапии.

Некоторые трудности с решением проблем были рассмотрены в предыдущей главе: клиенты неохотно устанавливают повестку дня и называют проблемы, поднимают слишком много проблем или избегают разговора о важных проблемах. Другие трудности, связанные с терапевтическими отношениями, были рассмотрены в главах 4 и 5:

клиенты, стоит их психотерапевту сосредоточиться на проблеме, утверждают, что он не понимает их либо терапия не подходит для них, или злятся на своего психотерапевта.

Дополнительные проблемы рассматриваются в этой главе. Прежде всего, клинические случаи иллюстрируют, как клиенты различаются в подходах к преодолению трудностей и выполнению домашних заданий. В следующих разделах описывается, как применять и видоизменять стандартные стратегии, чтобы помочь клиентам решать проблемы и выполнять домашние задания. Описаны типичные дисфункциональные убеждения клиентов и предложены интервенции. Затем расширенный клинический случай иллюстрирует многие стратегии, представленные в этой главе. Наконец представлены рекомендации в отношении того, что должны делать психотерапевты, когда клиенты не прогрессируют и когда решение проблемы является неуместным.

Реакции клиентов на работу над проблемой

Следующие примеры иллюстрируют, как четыре клиента различаются в своем подходе к проблеме. У них общая цель: очистить и привести в порядок свой дом. Однако у них также общая проблема: они тратят большую часть дня, лежа на диване перед телевизором. На второй терапевтической сессии каждый из них выражает свое мнение о решении этой проблемы.

- "Легкий" клиент четко описывает проблему и участвует в решении проблемы. Во время сессии он думает: "Хорошо, что мы поработаем над этим. Мой психотерапевт, похоже, понимает, что я чувствую себя подавленным. На этой неделе я, вероятно, смогу сделать некоторые из этих мелочей. Я могу представить, как это будет помогать". Несмотря на то что у него присутствует убеждение, что он может не справиться, он готов отставить его в сторону и попытаться выполнить задание.
- "Трудный" клиент 1 внешне соглашается попробовать выполнить некоторые небольшие задания в качестве поведенческого эксперимента, но думает: "Я знаю, что буду чувствовать себя слишком усталым и слишком удрученным, чтобы сделать это. Даже если я попытаюсь, я не смогу сделать это хорошо". Он под властью сильного убеждения в своей беспомощности и неспособности.
- "Трудный" клиент 2 постоянно меняет предмет разговора, когда психотерапевт пытается вовлечь его в решение проблем. Он дума-

ет: "Я не хочу все это делать". Он под властью следующего убеждения: "Если я должен сделать что-то, чего я не хочу делать, то это умалит мое значение".

- "Трудный" клиент 3 заявляет, что не хочет даже описывать проблему, потому что она тривиальна и несущественна по сравнению с основными его проблемами. Он думает: "Мой психотерапевт попытается заставить меня что-то делать". Он под властью убеждений в том, что его будут пытаться контролировать и что он будет слаб, если послушается.

Даже если психотерапевт заставит клиента сосредоточиться на проблеме, заняться ее решением, согласиться с домашним заданием и *выполнить* его, трудность может быть не решена. У каждого из клиентов, описанных выше, свой взгляд на опыт, который повлиял на его мотивацию, и своя готовность к *дальнейшему* решению проблем и изменению поведения.

- "Легкий" клиент: "Это было действительно хорошо! Я смог все это сделать. Я думаю, что у меня было достаточно энергии. Психотерапия действительно помогает".
- "Трудный" клиент 1: "Я сделал все это, но я не особенно старался и сейчас обессилен. Психотерапия не помогает. Я никогда не почувствую себя лучше".
- "Трудный" клиент 2: "Я сделал все это, хотя ненавижу этим заниматься. Это несправедливо, что мне приходится тратить свою жизнь на рутину".
- "Трудный" клиент 3: "Я сделал все это, но это совершенно не помогло. Это просто капля в море. И теперь мой психотерапевт и моя семья будут ожидать, что я буду делать все больше и больше".

Как показано выше, когниции клиентов могут облегчать или затруднять их способность или готовность осуществить даже небольшие изменения в своем поведении. И даже после осуществления изменений их мысли влияют на то, будут ли они это делать в дальнейшем. *Когда клиенты не функционируют хорошо, изменение того, что они делают изо дня в день, является условием улучшения.* Для многих клиентов, особенно для депрессивных, это означает, что они должны стать более активными, снизить свое избегание и расширить возможности для переживания чувства владения ситуацией и связанного с этим удовольствия. (Конечно же, для клиентов, которые пытаются нести на себе слишком

много обязанностей, цель психотерапевта будет иной: отказ от несущественных задач и расширение возможностей для отдыха, расслабления и удовольствий).

"Легкие" клиенты обычно полагают, что сосредоточение на решении проблем полезно, что они способны вносить изменения в свою жизнь и что внесение изменений даст им возможность почувствовать себя лучше и приведет к лучшей жизни. С другой стороны, у "трудных" клиентов может быть определенное количество дисфункциональных когниций. Они могут считать, что их проблемы неразрешимы или что они неспособны преодолеть свои проблемы; что сосредоточение на решении проблем заставит их чувствовать себя хуже, а не лучше; что их психотерапевт каким-то образом им навредит, если они раскроют свои проблемы; что согласие на изменения означает, что они слабые или недостойные; или что внесение изменений между сессиями умалит их значение или сделает их в некотором роде хуже. Эти же когниции могут также быть активированы во время установления целей и вмешиваться в них (см. главу 7).

Некоторые из этих клиентов, тем не менее, могут изменить свои убеждения благодаря стандартным техникам и хорошо прогрессировать. Другую крайность представляют клиенты, которым необходимо экстенсивное изменение убеждений, прежде чем они будут готовы пойти на какие бы то ни было существенные изменения.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для облегчения решения проблем

Трудности в том, чтобы через домашние задания заставить клиентов сосредоточиться на решении проблем и внесении изменений, могут быть связаны с дисфункциональными убеждениями и копинг-стратегиями клиентов. Однако многие проблемы связаны с трудностями *психотерапевтов* в применении и видоизменении стратегий для облегчения совместного решения проблем. Эти стратегии, описанные ниже, включают: помощь клиентам в сосредоточении на проблеме; мотивирование клиентов посредством психообразования; связывание решения индивидуальных проблем и достижения целей; разделение проблемы на поддающиеся управлению части; помощь клиентам в оценке степени их контроля над проблемой; изменение курса, когда решение проблем не работает.

Помощь клиентам в сосредоточении на проблеме

Распространенная трудность, связанная с помощью клиентам в решении проблем, возникает, когда клиенты *перескакивают с одной проблемы на другую* во время сессии. Обычная стратегия для психотерапевта заключается в том, чтобы вмешаться и дать клиенту осознать перемену (и затем совместно решить, на какой проблеме сосредоточиться).

- **"Извините, что прервал, но я просто хотел уточнить, о чем мы должны говорить. Мы начали с того, как одиноко вы чувствуете себя ночью, но теперь мы перешли к тому, как справиться с вашим бывшим мужем. Как вы думаете, что является сейчас более важным?"**

Если у клиентов нет дисфункциональных когниций о сосредоточении внимания на проблеме, то они, вероятно, хорошо отреагируют на попытки своего психотерапевта совместно попытаться сделать сессию более продуктивной.

Вторая распространенная трудность возникает, когда на данный момент *уровень дистресса клиента слишком высокий*, чтобы сосредоточиться на решении проблемы. Роберта была настолько расстроена из-за ссоры с коллегой, что не могла войти в состояние, необходимое для решения проблем. Психотерапевт проявил эмпатию, а затем предоставил клиентке выбор.

- **"Мне жаль, что вы так огорчены, и похоже, что чем больше вы говорите о том, как Дуглас на вас повлиял, тем хуже себя чувствуете. (*Пауза.*) Считаете ли вы, что сейчас, возможно, лучше будет поговорить о меньшей проблеме и вернуться к Дугласу позже?"**

Мотивирование клиентов с помощью психообразования

Некоторым клиентам необходимо дополнительное психообразование, прежде чем они будут готовы к тому, чтобы участвовать в решении проблем. Важно донести до клиентов, что лечение само по себе не облегчит их страдания и не поможет им почувствовать себя лучше. Им нужно ежедневно вносить небольшие изменения в свое мышление и поведение.

Например, клиент может отказаться обсуждать способы повышения своей активности; в таком случае психотерапевту следует разъяснить

важность участия в мероприятиях, которые могут обеспечить чувство мастерства и удовлетворенности. Возможно, психотерапевту необходимо помочь клиенту осознать, что *ожидать*, пока не станет лучше, чтобы заняться такими видами деятельности, в его случае бесполезно, ведь он все еще страдает от своих симптомов. Некоторые клиенты полагают, что должны испытать мотивированность *прежде*, чем начнут действовать. Психотерапевт может им объяснить, что они, вероятно, будут чувствовать себя более мотивированными *после* того, как начнут чем-то заниматься.

Если клиенты считают, что им не хватит энергии для того, чтобы выполнить домашнее задание, психотерапевты могут привести аналогию с разведением костра. Для того чтобы собрать хворост и устроить его должным образом, требуется определенное количество энергии. Но для того чтобы зажечь спичку и время от времени подбрасывать дрова, требуется относительно мало энергии. Точно так же требуется определенное количество психической (а иногда и физической) энергии, чтобы начать выполнять домашнее задание, но после этого клиенты вполне могут обнаружить, что им стало легче продолжать.

Самораскрытие психотерапевта или раскрытие клиентом своих переживаний может продемонстрировать, что наиболее трудный период — это период непосредственно перед началом выполнения задания (и возможно, в последующие минуту или две). Это особенно правдиво, если клиенту трудно принять решение, начинать выполнять домашнее задание или нет.

Еще один полезный пример — спросить клиентов о том, что они делают автоматически, не думая о том, насколько они мотивированы или как сильно заинтересованы в той или иной деятельности, например, когда чистят зубы. Они не борются, принимая решение, а считают само собой разумеющимся, что делают это. Для них важно, чтобы другая жизненно важная для их восстановления деятельность была также определена в категорию "Без выбора".

Связывание решения индивидуальных проблем и достижения целей

Некоторым клиентам необходимо напомнить о цели, которую они поставили перед собой и к которой стремятся, прежде чем смогут включиться в обсуждение проблем из повестки дня, как упоминалось в предыдущей главе. Перед обсуждением проблемы, которую Кайл включил в повестку дня (ссора с руководителем), психотерапевт убедил-

ся, насколько важным на тот момент было для него достижение цели "улучшить свое положение на работе". Кэти, например, не была мотивирована решать проблему организации домашних дел (оплачивать счета, сводить баланс по чековой книжке, выполнять поручения), пока психотерапевт не помог ей увидеть связь между этими видами деятельности и целью, к которой она стремилась, — переезд из родительского дома. Наиболее ее мотивировала визуализация, предложенная психотерапевтом: как она приходит на свое новое место, чувствуя себя гордой и довольной.

Разделение проблемы на поддающиеся управлению части

Клиенты часто полагают, что проблема неразрешима, потому что воспринимают ее как непосильную. Соня, шизоаффективная клиентка, чувствовала себя полностью подавленной в связи с необходимостью привести дом в порядок, поэтому в течение многих часов ждала в кресле, надеясь, что Бог скажет ей, что делать. После того как ее психотерапевт помог ей увидеть, что Бог, вероятно, хочет, чтобы она была деятельной, а не пассивной, она согласилась принять практическое решение. Она и ее психотерапевт обсудили три задания, которые нужно было делать ежедневно: застилать свою постель, наводить порядок в своей спальне и мыть посуду. Она согласилась выбрать то, которое казалось ей самым простым на данный момент. Вовлечение в первое задание дезактивировало ее схему беспомощности, и она оказалась в состоянии выполнять другие задания, даже те, которых не было в списке.

Когда клиенты испытывают дистресс, работая над небольшими аспектами проблемы, психотерапевты должны помочь им понять, что путь к лучшему — небольшие ежедневные изменения, которые, накапливаясь, позволяют решить сложные проблемы, а также подкрепляют для осуществления больших перемен в будущем.

Помощь клиентам в оценке степени их контроля над проблемой

Некоторые клиенты считают, что решение проблем не поможет, поскольку они не контролируют проблему. Лили очень боялась, что потеряет работу; она чувствовала себя совершенно беспомощной, более не способной справляться и целиком во власти постоянно критикующего руководителя. После сбора дополнительных данных о ситуации психотерапевту стало очевидно, что Лили *не* грозила неминуемая опасность увольнения, но что она проявила малоадаптивное поведение на

работе. Когда они обсудили, что Лили могла бы сделать, чтобы с большей вероятностью сохранить свою работу, *и* что — для того, чтобы потерять свою работу, она стала чувствовать себя увереннее и смогла более функционально действовать на работе. Она продолжала вести свои терапевтические заметки, которые дополняла на сессиях и дома.

Что я могу сделать, чтобы сохранить работу	**Что я могу сделать, чтобы потерять работу**
Поддерживать связь с психиатром, чтобы при необходимости сменить медикаменты	Не посещать психиатра
Продолжать принимать лекарства	Не принимать лекарства
Ложиться спать между 23:00 и 23:30	Ложиться спать после часа ночи
Больше улыбаться на работе; гордо держать голову, даже если я себя так не чувствую	Изолировать себя на работе, ни с кем не вступать в зрительный контакт, не улыбаться, не высовываться
Перечитывать свои терапевтические заметки	Не перечитывать терапевтические заметки
Больше говорить с руководителем	Продолжать твердить себе, что меня уволят
Продолжать приходить на работу вовремя	Избегать всего руководства
	Опаздывать на работу

В нижней части листа (копию которого Лили забирала домой, чтобы ежедневно перечитывать) она записала свой вывод.

Когда я думаю, что ничего не могу сделать для того, чтобы удержаться на работе

Наверное, у меня есть больше контроля над тем, чтобы сохранить свою работу, чем я думаю. Я могу повысить эту вероятность, следуя поведению из левой половины листа и избегая поведения из правой его половины. Я действительно хочу сохранить свою работу, и эта цель стоит того, чтобы иногда себя чувствовать некомфортно или расстроенной.

Изменение курса, когда решение проблем не работает

Иногда психотерапевты приходят к выводу, что они не продвигаются к решению определенной проблемы и поэтому необходимо обсудить с клиентом изменение направленности обсуждения или самой темы.

Клинический случай

Оливия, клиентка с шизоаффективным расстройством, периодически подозрительно относилась к людям, когда усиливались ее депрессивные симптомы. Тем не менее, когда она пребывала в эутимии[17], то не подозревала других в злонамеренных мотивах, и психотерапевт подозревал, что ее отрицательный взгляд на коллег во время депрессивных эпизодов был искажен.

Поначалу психотерапевт пытался обсудить ее параноидные мысли в отношении окружающих, но симптомы Оливии были слишком выражены для того, чтобы оценить свои когниции. Психотерапевт предложил изменить направленность их дискуссии. Они начали исследовать то, как Оливия справляется на работе, даже если ее критикуют. Они согласились в том, что было бы лучше, если бы она могла сделать вид, что все хорошо, и реагировала на них нейтрально. Затем они говорили о *значении* их критики — что это приведет к тому, что она потеряет работу — и декатастрофизировали ее страх. Ее домашнее задание, помимо перечитывания терапевтических заметок, заключалось в том, что она должна была попытаться действовать естественным образом и отмечать то, как ее коллеги на нее реагировали: выражениями своих лиц, языком тела, своими словами и тоном голоса. Когда Оливия стала менее депрессивной и больше не была убеждена в злонамеренности коллег, психотерапевт вернулся к первоначальной проблеме и подготовил ее к тому, что она может ошибочно заключить, что у ее коллег негативные намерения, в следующий раз, когда впадет в депрессию.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для облегчения выполнения домашних заданий

"Трудные" клиенты печально известны тем, что им сложно выполнять домашние задания. Описанные ниже стратегии эффективны, *если только* у клиента нет вмешивающихся убеждений (описанных далее в конце этой главы). Психотерапевты должны тщательно планировать домашние задания; определять вероятность выполнения заданий клиентами; выявлять вмешивающиеся когниции и заблаговременно реагировать на них; развивать у клиентов реалистичные ожидания относи-

[17] Эутимия (от греч. euthymia — хорошее расположение духа) — хорошее, приятное, расслабленное настроение. — *Примеч. ред.*

тельно действенности домашних заданий; реагировать на негативные мысли после выполнения домашнего задания; проверять выполнение домашнего задания на следующей сессии; концептуализировать трудности, по которым клиенты не выполнили задание.

Тщательное планирование домашнего задания

Клиенты выполнят домашнее задание с большей вероятностью, если психотерапевт:

- адаптирует домашнее задание для отдельного человека;
- обосновывает домашнее задание;
- совместно устанавливает задания;
- просит клиента начать выполнение задания на сессии (когда это возможно);
- удостоверяется в том, что задание записано;
- помогает разработать систему напоминаний;
- предвосхищает потенциальные проблемы.

Как описано ниже, психотерапевтам следует предлагать скорее простые, чем сложные задания; давать указания в отношении частоты и продолжительности выполнения задания; сменять ярлык "домашнее задание"; формулировать домашние задания как эксперименты.

Предлагать простые задания

Психотерапевты, у которых есть "трудные" клиенты, должны быть особенно осторожны в разработке домашних заданий, и, как правило, должны удостовериться в том, что задания будут относительно простыми для их клиентов. Психотерапевты часто значительно недооценивают как сложность самого задания, так и способность клиента мотивировать и организовать себя для того, чтобы его выполнить. Например, на ранних этапах терапии "трудные" клиенты с большей вероятностью смогут эффективно реагировать на свои мысли, если перечитают свои терапевтические заметки (написанные на сессии), а не попытаются заполнить их самостоятельно (*J. Beck, 2005*). Многим клиентам не хватает таких важных навыков, как эффективная организация и использование времени. Они могут нуждаться в обучении этим навыкам или изменении домашнего задания.

Частота и продолжительность выполнения задания

"Трудные" клиенты часто переоценивают сложность задания, а также время и энергию, необходимые для его выполнения. Когда это возможно,

психотерапевтам следует давать клиентам указания в отношении частоты и продолжительности выполнения каждого задания: "Как вы думаете, вы могли бы перечитывать эти терапевтические заметки дважды в день, скажем, во время завтрака и ужина? Думаю, вам понадобится меньше минуты", "Как вы думаете, сколько раз на этой неделе вы могли бы перезвонить конкретным друзьям и членам семьи? Два или три раза?"

Сменить ярлык "домашнее задание"

Также полезно определить, какую категорию клиенты хотели бы присвоить домашнему заданию. Такие выражения, как "задания по самопомощи", "план хорошего здоровья", "удаленная терапия" или "самотерапия", иногда более приемлемы для клиента.

Формулирование заданий как экспериментов

Желательно некоторые домашние задания формулировать как эксперименты. Исследования показали, что клиенты с депрессией обычно чувствуют себя лучше, когда становятся более активными (*Hopko, Le Juez, Ruggiero, & Eifert, 2003*). "Готовы ли вы к тому, чтобы провести эксперимент на этой неделе? Мы можем придумать для вас некоторые виды деятельности, и тогда вы сможете увидеть, какое влияние они оказывают на ваше самочувствие".

Определение поведенческих изменений как эксперимента помогает психотерапевтам продолжать внушать доверие, если клиенты не испытывают положительного эффекта. Если это именно такой случай, то психотерапевты могут на следующей сессии выявить мысли, которые препятствуют получению клиентом чувства мастерства и удовлетворения от участия в деятельности. Они также смогут объяснить, что, возможно, клиентам потребуются более обширные интервенции в течение более длительного периода времени, чтобы ощутить изменения в своем настроении.

Определение вероятности выполнения заданий клиентами

После формулирования домашнего задания, возможно, единственным полезным вопросом, который может задать психотерапевт, будет следующий.

- "Какова вероятность того, что вы выполните это задание?"

Клиенты, которые отвечают "90–100%" или "Очень вероятно", обычно выполняют задание (только если они не слишком оптимистичны или хотят избежать дальнейшего обсуждения). Клиенты, которые говорят "80%" или "Я думаю, что это вероятно", обычно делают часть задания, часто просто для того, чтобы угодить психотерапевту. Клиенты, которые говорят "50%" или "Я не уверен", вряд ли выполнят задание. Получив ответ, который составляет менее 90%, психотерапевту необходимо исследовать действительные трудности и когниции, препятствующие его выполнению, или изменить задание, чтобы клиент мог его выполнить. Если высока вероятность того, что клиент не выполнит поведенческое задание (например, перезвонить другу), предпочтительнее сделать задание опциональным или изменить его (например, подумать о том, чтобы позвонить другу; подумать о том, что я могу сказать другу; проанализировать, какие мысли помешали позвонить другу).

Выявление и заблаговременное реагирование на вмешивающиеся когниции

Попросив клиентов сосредоточиться на своих эмоциях и мыслях о том, как они себе представляют выполнение домашнего задания, можно выявить вмешивающиеся когниции. После обсуждения адаптивных реакций и подведения клиентом итогов клиент (или психотерапевт) записывает эти выводы. (В качестве альтернативы клиент или психотерапевт может проговорить выводы на диктофон во время или в конце сессии.) Ниже представлены примеры.

Автоматическая мысль. Мне не хочется вставать с постели.
Адаптивный ответ. Это правда, мне не хочется вставать с постели, но я также не хочу чувствовать себя таким депрессивным. Мне нужно посмотреть, что произойдет, если я встану с постели и начну свой день.

Автоматическая мысль. Если это делать, то это не поможет.
Адаптивный ответ. Я не стал лучше, не делая этого, и у меня нет магического кристалла. Возможно, я действительно почувствую себя лучше, делая это.

Автоматическая мысль. Если это делать, то это только капля в море.

Адаптивный ответ. Единственный способ, с помощью которого я собираюсь стать лучше, — это ежедневно делать маленькие вещи. Через время эти мелочи составят большие вещи.

Автоматическая мысль. Мне не становится лучше, так зачем это делать?

Адаптивный ответ. Моя депрессия не исчезнет в одночасье. Не следует ожидать больших изменений немедленно. Важно продолжать делать продуктивные вещи.

Автоматическая мысль. Если я поправлюсь, то у меня не будет причин оставаться дома.

Адаптивный ответ. Когда я поправлюсь, то у меня будет *выбор*, оставаться дома или нет. Сейчас я в депрессии и не имею никакого выбора.

Автоматическая мысль. Я слишком устал или в стрессе для того, чтобы сделать это.

Адаптивный ответ. Это займет всего 10 минут. Я могу сделать все что угодно за 10 минут. Не делая этого, я заставляю себя чувствовать, что я слишком беспомощный для того, чтобы поправиться. Важно доказать себе, что я могу что-то сделать. Уделяя слишком много внимания своей энергетике, я застряну там, где нахожусь сейчас.

Автоматическая мысль. Все будет в порядке, если я этого не сделаю (или сделаю позже).

Адаптивный ответ. Важно делать это каждый раз. *Нельзя* это откладывать. Каждый раз, когда я делаю то, чего не хочу делать, я укрепляю здоровый мускул, который приведет меня к моим целям. Каждый раз, когда я этого не делаю, я укрепляю мой ленивый мускул, который уводит меня прочь от достижения моих целей.

Автоматическая мысль. Это несправедливо, что я должен это выполнять.

Адаптивный ответ. Быть несправедливым к себе — продолжать чувствовать себя таким депрессивным каждый день.

Развитие у клиентов реалистичных ожиданий в отношении действенности домашних заданий

Некоторые "трудные" клиенты требуют значительных интервенций, прежде чем отметят изменение своего настроения. Важно, чтобы у них были реалистичные ожидания; в противном случае они могут отчаяться и преждевременно прекратить психотерапию. Следовательно, цель домашних заданий для таких клиентов будет заключаться не в том, чтобы почувствовать себя лучше *мгновенно*, а в том, чтобы выстроить навыки (например, планирования деятельности или реагирования на негативные когниции) и создать положительный опыт, который со временем воплотится в улучшение настроения. Этим клиентам полезно записывать свои домашние задания вместе с их обоснованием, например так.

Ходить пешком хотя бы 5 минут ежедневно, даже если это не заставляет меня чувствовать себя лучше, потому что это первый шаг к обретению контроля над моей депрессией.

Также важно, чтобы такие клиенты отдавали себе должное каждый раз, когда выполняют домашнее задание, и осознали, что, делая это, постепенно приближаются к своей цели. Терапевтические заметки могут помочь напомнить им об этом.

Каждый раз, когда я выполняю свое терапевтическое домашнее задание или веду какую-либо продуктивную деятельность, я напоминаю себе, что заслуживаю уважения, особенно если пока не вижу немедленного результата.

Реагирование на отрицательные мысли после выполнения домашнего задания

Вместо того чтобы отдавать себе должное, некоторые клиенты невольно подрывают свой прогресс отрицательным мышлением после выполнения домашнего задания. Если клиент не чувствует себя лучше после выполнения потенциально полезного задания, психотерапевт должен исследовать вмешивающиеся мысли, возникшие во время и после выполнения задания, и помочь клиентам разработать адаптивные реакции, которые они могут перечитывать по завершении домашних заданий. Следующие примеры взяты у трех “трудных” клиентов, описанных в начале этой главы.

Автоматическая мысль. Я сделал все это, но я не особенно старался и сейчас обессилен. Психотерапия не помогает. Я никогда не почувствую себя лучше.
Адаптивный ответ. Я заслуживаю уважения за то, что просто делаю это. В конце концов, я не делал этого до того, как начал психотерапию. Мне потребуется время для того, чтобы почувствовать себя лучше. Я хотел бы, чтобы эти вещи заставили меня чувствовать себя лучше сразу, но это нереалистично. Мне просто нужно продолжать делать это и продолжать ходить на лечение.

Автоматическая мысль. Я сделал все это, но я ненавижу этим заниматься. Это несправедливо, что мне приходится тратить свою жизнь на рутину.
Адаптивный ответ. Делать эти вещи действительно тяжело, особенно потому что я в депрессии и у меня меньше энергии. Мне будет немного легче это сделать, когда я буду менее депрессивным. И я должен работать по ходу моей психотерапии, чтобы планировать хорошие вещи.

Автоматическая мысль. Я сделал все это, но это совершенно не помогло. Это просто капля в море. И теперь мой психотерапевт и моя семья будут ожидать, что я буду делать все больше и больше.
Адаптивный ответ. Выполнение этих вещей было важным, даже если я незамедлительно не почувствовал себя лучше. В конце концов, когда я совершу достаточно изменений, я почувствую себя лучше. Мой психотерапевт хочет, чтобы я сообщил ей, если подумаю, что она требует от меня слишком многого. И если Сьюзи и дети начнут ожидать слишком многого, то я могу сказать им, что мне нужно больше времени.

Проверка выполнения домашнего задания на следующей сессии

Как описано в предыдущей главе, важно обязательно проверить выполнение домашнего задания на следующей сессии. Это подчеркивает важность домашних заданий и мотивирует клиентов продолжать выполнять их в дальнейшем. Это также предоставляет психотерапевту возможность собрать необходимые данные, чтобы подкрепить то, чему клиент обучился благодаря домашнему заданию, и оценить, насколько желательно для клиента продолжать выполнение этого задания на следующей неделе.

Концептуализация трудностей, из-за которых клиенты не выполнили задание

Прежде всего, важно определить, было ли это препятствие практическим, например клиент не понимал, что делать, заболел или в самом деле не имел возможности. Если не было, психотерапевт должен оценить, следовал ли он сам приведенным выше рекомендациям. Наконец, психотерапевту, возможно, следует попросить клиента о том, чтобы он вспомнил время, в течение которого думал о домашнем задании, хотя и не выполнил его. Представление произошедшего так, как будто это происходит здесь и сейчас, позволяет клиенту получить доступ к своим вмешивающимся мыслям. Отвечать на эти когниции так, как описано ниже, — вот ключ к обеспечению того, чтобы клиент выполнял терапевтическое домашнее задание в будущем.

Дисфункциональные убеждения, препятствующие решению проблем и выполнению домашних заданий

Несмотря на обоснования своих психотерапевтов, некоторые клиенты по-прежнему не могут сосредоточиться на решении проблем и выполнении домашних заданий. Часто вмешиваются их сильно укоренившиеся и ригидные убеждения. В этом разделе описывается, как выявлять и изменять эти убеждения.

Выявление ключевых убеждений

Существует несколько способов выявления убеждений, которые препятствуют решению проблем или выполнению домашних заданий: выявление предположений, выявление недостатков и использование контрольного перечня.

Выявление условных предположений

Психотерапевт может привести часть условного предположения и спросить клиента о том, какое оно имеет значение для него или для внушающего страх результата.

- **"Если бы вы сосредоточились более глубоко на этой проблеме/решали эту проблему/пошли вперед и выполнили домашнее задание, что бы это значило?"**
- **"К чему это может привести?"**
- **"Что в этом может быть плохого?"**

Выявление недостатков

Другой способ собрать такую же информацию — выяснить с точки зрения клиента, почему решение проблемы или выполнение домашнего задания может быть для него невыгодным.

- **"Мне кажется, что, если есть некоторые преимущества в том, чтобы пытаться решить эту проблему, то я предполагаю, что есть и некоторые *недостатки*. (*Пауза*.) Какими могут быть недостатки?"**

Если клиент не откровенен, то психотерапевт может попытаться выдвинуть гипотезу об этом и упорядочить его опасения.

- **"Некоторые люди не хотят говорить об улучшении ситуации со своей семьей, потому что это заставляет их чувствовать себя так, как будто они сами что-то сделали не так... Или они чувствуют, что решение проблемы позволит их семье выйти сухой из воды... Вам это кажется похожим?"**

Использование контрольного перечня

Психотерапевт также может попросить клиента заполнить контрольный перечень "Возможные причины невыполнения заданий по самопомощи" (*Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979*). Некоторые клиенты скорее готовы отмечать галочкой пункты в стандартизированной форме, нежели вербализировать свои проблемы. Они могут заполнить форму на сессии или дома, когда обнаружат, что прокрастинируют над домашней работой.

Типичные убеждения

Типичные вмешивающиеся убеждения часто связаны со значением, которое клиенты придают:

- терапевтическому *процессу*;
- своей *способности* достичь *успеха* в психотерапии;
- *последствиям излечения*.

Типичные убеждения в этих трех категориях описаны ниже.

Убеждения о терапевтическом процессе

Эти убеждения связаны с восприятием клиентом возможного ущерба от процесса, с его внутренним смятением либо с поведением психотерапевта. Один из таких примеров был представлен в главе 5: клиентка Мэнди боялась, что психотерапевт причинит ей боль, если она расскажет о жестоком обращении, которое испытала в детстве. Другие примеры приведены ниже.

"Если я расскажу о своей проблеме, то буду настолько подавлена негативными эмоциями, что утрачу самообладание"

Прежде чем Моника начала психотерапию, ее единственная копинг-стратегия в состоянии дистресса заключалась в избегании или в том, чтобы оставить ситуацию либо отвлечься от нее. На сессии она прибегала к различным маневрам, чтобы попытаться удержать свои эмоции. Она часто меняла темы, избегала прямых ответов, отрицала наличие негативных эмоций, пыталась придерживаться поверхностного обсуждения проблем и соглашалась со словами своего психотерапевта, не пытаясь их отрефлексировать. Между сессиями Монике не удавалось выполнять домашние задания. Распознав паттерн, психотерапевт спросил ее о том, что это будет для нее означать, если она обратит более

пристальное внимание на проблему и попытается ее решить. Она раскрыла свое дисфункциональное убеждение о переживании негативных эмоций, что дало возможность ее психотерапевту помочь ей оценить его и отреагировать на него.

Моника осознала, что, даже пребывая в сильном дистрессе и испытывая сотни разнообразных отрицательных переживаний, она не чувствовала себя сломленной и лишь дважды была госпитализирована. И после этого она, в конце концов, выздоровела. Психотерапевт помог ей понять, насколько она стала сильнее, когда благодаря психотерапии она научилась лучше справляться со своим дистрессом и избегать воздействия провоцирующих событий, кульминация которых ранее приводила ее к госпитализации. После нескольких переживаний, когда она расстраивалась в начале терапевтической сессии, но к ее окончанию чувствовала себя немного лучше, она была готова сосредоточиться на проблемах. Она начала видеть, что может что-то сделать, чтобы облегчить свой дистресс или по крайней мере выдержать его.

Дополнительные стратегии для изменения этого предположения детально описаны в главе 12.

"Если я позволю своему психотерапевту направлять сессию, то это будет значить, что она сильная и доминирующая, а я слабый и зависимый"

Такие убеждения указывают на проблему в терапевтических отношениях (см. главы 4 и 5). Шон пытался контролировать свои терапевтические сессии. Всякий раз, когда его психотерапевт становилась директивной, он продолжал говорить и не позволял ей прерывать его, чтобы направить к решению проблем. Он также подавлял ее, когда она выдвигала предложения в отношении выполнения домашних заданий: "Мониторинг моего настроения вообще не будет помогать. Я все время чувствую себя отвратительно. Мне не нужно вести записи для того, чтобы сказать вам это!" Что действительно помогло, так это когда психотерапевт, выявив его убеждение, обсудила связи с предыдущей ситуацией.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, я кое-что заметила. Скажете мне, если посчитаете, что я попала в яблочко? (*Принимает ответственность.*) Я думаю, что я раздражаю вас всякий раз, когда вас прерываю, или задаю вам вопросы или сосредоточиваюсь на решении проблемы. Правильно?

ШОН: Ну, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне очень важно, чтобы эта психотерапия вам подходила. Можете ли вы мне сказать, что для вас значит, когда я прерываю вас или делаю предложение? Что в этом плохого?

ШОН: Вы такая же, как и мой предыдущий психотерапевт. Он всегда пытался мне сказать, что делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Таким образом, например, когда я спрашиваю о деталях вашей ссоры с зятем, вам кажется, что я говорю вам, что делать?

ШОН: Да, или *собираетесь* сделать это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если бы я сказала вам, что делать, что было бы в этом такого плохого?

ШОН: (*раздражительно*) Я не знаю. Это похоже на то, что у вас на все есть ответы. Как будто я — глупый неудачник.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, неудивительно, что мои вопросы вас раздражают. (*Пауза.*) Как вы думаете, что мы можем сделать с этим?

ШОН: *Я* не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, позвольте мне спросить вас об этом. Думаете ли вы, что я искренна в желании вам помочь?

ШОН: (*Думает.*) Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, я намеренно хочу, чтобы вы так себя чувствовали?

ШОН: (*Думает.*) Нет, полагаю, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Откуда вы это знаете?

ШОН: (*Вздыхает.*) Думаю, если бы вы действительно этого хотели, вы могли бы меня подавить. Вы могли бы действовать свысока и, вероятно, так, как мой первый психотерапевт. Знаете, я его уволил.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я рада, что вы не зачислили меня в одну категорию с ним. (*Пауза.*) Теперь вернемся к тому, как я могу помочь вам, если то, что я говорю, заставляет вас чувствовать себя неудачником.

ШОН: Я не знаю. (*Пауза.*) Могу ли я подумать об этом?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Конечно. Возможно, мы оба сможем подумать об этом на этой неделе.

ШОН: Хорошо.

На следующей сессии психотерапевт и клиент составили таблицу со столбцами "Шон", "Другая категория" и "Прежний психотерапевт", которая должна была напоминать Шону, что, возможно, нынешний психотерапевт имеет благие намерения по отношению к нему, а психотерапевту — что необходимо избегать слишком деловитой или педантичной манеры. Они также обсудили многие другие идеи, призванные противостоять дисфункциональным убеждениям клиента, например что признаком ума, а не глупости является следование разумному совету, ведь даже президенты компаний прислушиваются к своим консультантам.

"Если я сделаю то, что хочет от меня мой психотерапевт, то это будет значить, что он меня контролирует"

Клэр демонстрировала пассивно-агрессивные убеждения и поведенческие стратегии. У нее была спонтанная реакция автоматического опровержения всего того, что скажут окружающие (в том числе и ее психотерапевт), и она отказывалась выполнять просьбы. Ключевая интервенция была направлена на то, чтобы помочь ей увидеть свою автоматическую реакцию как нежелательную — как подсказывающую ей, что ее "дергают за ниточки", контролируя ее эмоции и поведение. У нее был выбор: "разрезать ниточки", продемонстрировав автоматическую оппозиционную реакцию, или спросить себя "Что было бы лучше всего сказать или сделать с точки зрения моих долгосрочных планов?" Психотерапевт привел ее к мысли о том, что говорить или делать что-то для другого человека полезно до тех пор, пока это приносит пользу и самой Клэр.

"Мне все равно, станет ли мне лучше... Так в чем тогда смысл психотерапии?"

Когда клиенты испытывают сильное чувство безнадежности, у них порой присутствует автоматическая мысль: "Мне все равно". Харриет, биполярная клиентка, была близко знакома с этой мыслью, особенно во время тяжелых депрессивных эпизодов, когда позволяла себе оставаться в постели (перезвонив на работу и предупредив о своем отсутствии вследствие плохого самочувствия) и вообще отказывалась от любой деятельности и от общения. Выявив эту идею, психотерапевт помог ей оценить ее. Они составили следующие терапевтические заметки.

Адаптивный ответ на "Мне все равно"

Вполне возможно, что в настоящий момент мне все равно. Но я знаю из предыдущего опыта, что мне *будет* до всего дело в будущем. Мне всегда есть до всего дело. Я могу позволить этой идее меня победить или я могу вернуться к моему антидепрессивному плану прямо сейчас и, вероятно, снова почувствовать себя лучше и позаботиться о себе.

На следующей сессии они дополнили текст, представленный выше, чтобы усилить его воздействие.

Безразличие — это преходяще. Мне не нужно уделять слишком много внимания тому, есть мне до чего-либо дело или нет. Важно следовать моему плану.

И на следующей сессии они снова дополнили текст заметок.

Все в порядке, если мне все равно, потому что мне не *нужно* ничего делать.

Убеждения в своей беспомощности или бесполезности

Клиенты выражают свои страхи или опасения по-разному.

- "Я не могу измениться".
- "Я слишком беспомощен".
- "У меня нет контроля над собой".
- "Мои проблемы неразрешимы".
- "Я могу поправиться только благодаря лекарствам (или если изменится кто-то или что-то внешнее по отношению ко мне)".

Методы, описанные в следующей главе, такие как сократический диалог, помогают клиентам изменить свою точку зрения на собственную бесполезность. Кроме того, важно, чтобы психотерапевты составляли с клиентами конкретный план выздоровления и помогали им развивать реалистичные представления, в которых они видели бы себя как функционально действующих, решающих проблемы и чувствующих себя лучше. Кроме того, проведение поведенческих экспериментов час-

то демонстрирует клиентам, что их убеждения неточны. Клинические случаи, иллюстрирующие такие отрицательные убеждения, представлены ниже.

"Если я попытаюсь решить эту проблему или выполнить это домашнее задание, то потерплю неудачу, потому что слишком некомпетентен"

Грейс не только всегда была убеждена в своей беспомощности и некомпетентности; у нее также была укоренившаяся копинг-стратегия, которая заключалась в прокрастинации и избегании. В какой-то мере она полагала, что лучше жить с проблемой, даже если это приводит к значительному дистрессу. Несмотря на то что избегание неизбежно подкрепляло убеждение о беспомощности, она могла сказать себе "Я потерпела неудачу, потому что не попыталась", что было менее болезненно, чем альтернативное "Я потерпела неудачу, потому что я беспомощна". В краткосрочной перспективе эта трудность проявилась, когда в психотерапии Грейс не смогла поднимать важные для себя проблемы и выполнять домашние задания. Психотерапевту следует изменить ее убеждение в своей некомпетентности, прежде чем она будет готова к решению проблем и выполнению домашних заданий.

"Я не контролирую свое настроение"

Такие клиенты часто не выполняют домашнее задание, поскольку не считают, что это привнесет какое-либо изменение в их самочувствие: "Независимо от того, что я пробую, ничего не работает. Я всегда плохо себя чувствую". Важным заданием для таких клиентов является мониторинг их настроения, чтобы определить, испытывают ли они какие-либо колебания настроения, основанные на том, что они делают и что думают. Чтобы клиенты увидели, что у них есть хотя бы малейший контроль над настроением, для некоторых из них полезно вести список способов, благодаря которым они могут почувствовать себя хуже, и способов, благодаря которым они могут почувствовать себя лучше. Например, Ларри смог мобилизоваться, перечитав карточку с терапевтическими заметками, которая напомнила ему, что он обычно чувствовал себя лучше, когда сразу вставал, принимал душ, завтракал и выводил на прогулку собаку, и хуже, когда долго лежал в постели, часами не одевался и проводил большую часть времени перед телевизором.

“Ничто не имеет значения”

В следующей стенограмме Эллен, клиентка с хронической резистентной к лечению депрессией, приходит на четвертую сессию психотерапии, испытывая совершеннейшую безнадежность. Сначала психотерапевт пытается установить с ней повестку дня, но вмешивается чувство безнадежности Эллен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, с какой проблемой вы хотите работать сегодня?

ЭЛЛЕН: О, я не знаю. (*Пауза.*) Это безнадежно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, одна проблема, над которой мы можем работать – это ваше чувство безнадежности? Считаете ли вы, что нам также следует поговорить о работе или о вашем муже?

ЭЛЛЕН: Я не знаю. (*Пытается переложить ответственность на психотерапевта.*). Как скажете.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Пытается делегировать ответственность Эллен.*) На самом деле я не уверен в том, что будет иметь для вас наибольшее значение.

ЭЛЛЕН: Это не важно. Я не думаю, что что-то изменит ситуацию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, это звучит как важная мысль для нашей работы, когда мы доберемся до безнадежности.

Психотерапевт продолжает наводить мосты между сессиями, и клиентка соглашается поставить “проблему с мужем” в повестку дня. Затем они начинают обсуждать безнадежность как первоначальный пункт повестки дня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вас устроит, если мы начнем с вашей мысли: “Ничто не имеет значения”?

ЭЛЛЕН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы верите *прямо сейчас* (*подчеркивая совместный характер работы*), что наша *общая* работа над [упоминает о цели, которую клиент может найти желательной], которая поможет вам лучше спланировать свою жизнь, добавив в нее более приятные занятия, не будет иметь значения?

ЭЛЛЕН: (*немного изменив свою тональность*). Ну, это может привнести небольшое изменение, но по большому счету... это не имеет большого значения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*соглашаясь с частью того, что сказала Эллен*) Ну, правда заключается в том, что вы *частично* правы. Если *все*, что мы делаем вместе, — это планирование активности, то оно не будет иметь большого значения. Планирование активности будет работать *только* как часть *масштабных* антидепрессивных мероприятий... Мы говорили об этом ранее, обучаясь давать отпор вашему депрессивному мышлению; решая проблемы с вашим мужем; выясняя, как более комфортно себя чувствовать на работе. (*Пауза.*). *Все* эти вещи собираются вместе, чтобы привести к большим переменам.

ЭЛЛЕН: (*Смотрит в сторону.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Эллен, есть ли недостатки в том, чтобы заниматься этим для преодоления вашей депрессии?

ЭЛЛЕН: Кажется, что это слишком много.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*частично соглашаясь с клиенткой*) Вы правы. Это *слишком* много... *если* вы думаете, что вам нужно делать *все* сразу. (*Пауза.*) Что вы думаете? Вам лучше с этой недели сделать несколько *небольших* шагов, таких как поход в кино или выход на кофе с вашей подругой Бонни... или *не* делать этого?

ЭЛЛЕН: Полагаю, делать это. (*Думает.*) Но походы на прогулки или в кино не заставят меня чувствовать себя лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, вы не правы. Поэтому, если вы решите сделать это, вы должны напомнить себе, что *не* будете ожидать того, что почувствуете себя существенно иначе за такое короткое время, и отдать себе должное в том, что, делая это сейчас, вы будете иметь выигрыш позже.

ЭЛЛЕН: Хм-м-м.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Эллен, не могли бы вы обобщить для меня то, о чем мы только что говорили?

ЭЛЛЕН: (*Вздыхает.*) Ну, вы пытаетесь убедить меня в том, что я должна делать небольшие вещи, потому что от этого будет выигрыш позже.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы думаете?

ЭЛЛЕН: Наверное, это может быть правильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Готовы ли вы попробовать кое-что на этой неделе, даже если вы не очень обнадежены?

ЭЛЛЕН: Думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы уверены? Или есть другие способы, которые, по вашему мнению, помогут помочь вам больше?

ЭЛЛЕН: Нет, полагаю, нет. (*Думает.*) Ну, конечно же, если мой муж внезапно станет внимательным ко мне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это *было бы* здорово. Это возможно?

ЭЛЛЕН: (*мрачно*) Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, если вы хотите чувствовать себя лучше, то, я полагаю, *вам* решать, какие изменения следует произвести в вашей жизни: оставаться дома на диване или вставать и отправляться на прогулку. Сидеть перед телевизором или позвонить кому-нибудь, чтобы вместе пойти в кино.

ЭЛЛЕН: (*Пауза.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Готовы взять что-то в качестве домашнего задания?

ЭЛЛЕН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, почему бы нам тогда не провести мозговой штурм и не выработать варианты? Тогда мы выясним, хотите ли вы принять на себя обязательства или (*давая ей лазейку, чтобы она не чувствовала себя принужденной*) такие возможности следует рассматривать лишь как дополнительные на этой неделе.

После этого обсуждения Эллен приняла на себя обязательство выполнить несколько небольших действий. Вместе с психотерапевтом она сформулировала альтернативные реакции, которые записала на карточках для ежедневного просмотра. Эти карточки содержат реакции на дисфункциональные мысли Эллен, которые, как она предполагает, могли бы возникнуть у нее до и после выполнения заданий. Затем психотерапевт проверил, нет ли других, невысказанных Эллен, препятствий на пути к ее изменениям: страха обрести надежду, а затем ее убить; опасений относительно повышенных ожиданий на ее счет; негативного влияния ее отношений с мужем; любых других отрицательных моментов, мешающих улучшениям. Казалось, что их нет. Эллен смогла выполнить некоторые домашние задания и начала чувствовать себя менее беспомощной и безнадежной, что облегчило работу на сессиях и между ними.

Как видно из этого краткого описания, некоторые клиенты считают, что нет ничего, что они могут сделать, чтобы это имело значение или привело к изменениям. Однако можно утверждать, что физическая

реальность такова, что *все*, что делает клиент, будет иметь некоторое влияние на то, что произойдет в его жизни, и, таким образом, это, по сути, важно (*McCullough, 2000*).

“Мне нужна «волшебная пилюля»”

Саманта не верила, что может улучшить свое самочувствие. Она всегда искала “чудодейственное средство”: новую психотерапию, новое лекарство, новую работу, нового парня. Она становилась все более и более удрученной и отчаявшейся. К тому времени, когда она начала когнитивную терапию (это была ее шестая попытка психотерапии за 15 лет), она по-прежнему ожидала, что ее психотерапевт как по волшебству “все исправит”; она не верила, что может “исправить” себя сама. Ежедневно она подолгу фантазировала о том, что ее спасают: новый парень (“рыцарь в сияющих доспехах”), благодетельный начальник, который признал ее дарования; психотерапевт. Психотерапевт помог Саманте осознать, что фантазирование быстро помогало ей почувствовать себя лучше, но что она всегда чувствовала себя хуже к концу дня, когда понимала, как мало совершила и как жалко себя чувствует. Ее психотерапевт эмпатировал ей и предоставил ей возможность проявить свое разочарование. “Жаль, что я *не могу* заставить вас почувствовать себя гораздо лучше прямо сейчас, — это просто невозможно. Это, должно быть, разочаровывает вас, что я не могу этого сделать”. Позже они обсудили то, что психотерапевт *мог бы* сделать: “Помочь *вам* чувствовать *себя* лучше”. После обстоятельного обсуждения они сформулировали следующую адаптивную реакцию.

Когда я фантазирую о своем спасении

Если я буду ждать кого-то, кто меня “спасет”, то буду продолжать чувствовать себя несчастной. С помощью моего психотерапевта я могу “спасти” себя сама. Это единственный способ, благодаря которому я буду чувствовать себя лучше.

Фантазия о спасителе заставляет меня чувствовать себя лучше, но только на мгновение, а потом я чувствую себя хуже.

Убеждения о том, как стать лучше или пойти на поправку

Эти негативные убеждения могут относиться к немедленному отрицательному результату, который воспринимают клиенты, или к долгосрочным последствиям восстановления после того или иного расстройства.

"Если я найду способы решения этой проблемы, то это покажет, что я был не прав (а это невыносимо для меня)"

Хэнк не хотел говорить о том, как сделать свой рабочий день более приемлемым, потому что на каком-то уровне осознавал, что несет определенную ответственность за проблемы в этой сфере. Он подробно рассказывал о том, как несправедливо с ним обращались, и избегал вопросов психотерапевта, когда она пыталась лучше понять, что случилось, что сказал и что сделал Хэнк. Следующая выписка из стенограммы иллюстрирует ключевую интервенцию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*эмпатически*) Очевидно, ваши коллеги говорили и делали некоторые болезненные для вас вещи. Неудивительно, что вы так расстроены! Чтобы я могла помочь вам с этим, мне также нужно знать, что сказали и сделали вы. Есть ли что-то плохое в разговоре об этом?

ХЭНК: Я не знаю, что вы имеете в виду.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*нормализируя*) О, некоторым клиентам трудно говорить о том, что *они* сделали, особенно если они не гордятся этим, думают, что способствовали этой проблеме, или думают, что я их обвиню. (*Пауза.*) Интересно, для вас это сложно?

"Если я найду решение этой проблемы, значит, я страдала напрасно"

Кимберли много лет страдала, ухаживая за своим пожилым отцом. Когда ее психотерапевт предложил несколько простых решений, таких как выходить из комнаты, когда он на нее кричит, установить с ним границы, подкреплять его положительное поведение, задействовать для ухода за ним других членов семьи и социальные службы, то Кимберли пренебрегла каждой идеей. Для нее было слишком болезненным признать, что она, возможно, смогла бы решить некоторые из этих трудностей годами ранее. Однако она смогла признать, что это имело место, когда ее психотерапевт предположил такую возможность ("Кимберли, интересно, считаете ли вы, что у вас были возможности улучшить ситуацию? Например, было бы для вас неприятно узнать, что вы могли бы сделать определенные вещи какое-то время назад?")

Клиенты могут пережить экзистенциальный кризис, если признают, что потратили драгоценное время на ненужные, добровольные страдания (*Yalom, 1980*). Один из способов смягчить удар — рассмотреть возможность того, что клиент проходит стадию личностного развития,

когда прямо сейчас совершает прыжок от добровольной жертвы к самоэффективной личности. Таким образом, предыдущее время (и возможно, предыдущие годы в психотерапии) могут рассматриваться не как потеря, а как подготовка к сегодняшнему состоянию разума клиента и его повысившимся возможностям.

"Если я получу надежду, то буду ужасно разочарован"

Хотя Винсу имело смысл решать проблемы на сессии и выполнять домашнее задание, он сопротивлялся, потому что боялся, что решение его первоначальных проблем заставит его испытать надежду, в результате чего он почувствует себя еще *хуже*, поскольку, по его прогнозам, совершенно безнадежен. Психотерапевт помог Винсу увидеть, что если его надежды не будут оправданы, то он, вероятно, почувствует себя лишь незначительно хуже, чем в настоящее время. С другой стороны, если он попробует новое поведение, то, вероятно, получит существенное вознаграждение, которое ст*о*ит риска возможного разочарования.

"Если я сосредоточусь на решении проблем и соглашусь выполнять домашние задания, то мне придется делать то, что я делать не хочу "

Элейна провела б*о*льшую часть терапевтических сессий, пытаясь убедить своего психотерапевта в том, что ужасно себя чувствует и ее жизнь плоха. Каждый раз, когда психотерапевт спрашивал, хочет ли она попытаться решить одну из своих проблем, Элейна отвечала утверждением "Да, но": "Да, но, как вы видите, даже если я говорю об этом с мамой, это не приносит пользы, потому что она...", "Да, но я знаю, что, если я попытаюсь встать с постели раньше, то буду сильно измотана... Поэтому я просто лезу назад и затем..." Ее психотерапевт концептуализировал, что трудности Элейны были связаны не столько с убеждением о своей беспомощности, сколько с нежеланием меняться. Он выдвинул свою гипотезу вслух.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, Элейна, похоже, что у вас есть идея "Независимо от того, что я делаю, это не сработает".

ЭЛЕЙНА: Да, может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Или "Я не могу заставить себя сделать это"?

ЭЛЕЙНА: Наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Элейна, мне интересно, как вы думаете, насколько это может быть также "Я не *хочу* этого делать"?

ЭЛЕЙНА: (*Пауза.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, насколько сильно вы *хотите* встать с постели и начать день пораньше?

ЭЛЕЙНА: Я думаю, несильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И насколько сильно вы *хотите* улучшить ситуацию с вашей мамой?

ЭЛЕЙНА: Это ведьма. (*Пауза.*) Я не думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть в таком случае нам нужно поговорить о том, чего вы *хотите* и как вы видите то, как вы этого достигнете.

Прежде чем Элейна была готова приложить значительные усилия для решения проблем и принять больше ответственности за свою жизнь, психотерапевт сделал несколько вещей: проанализировал ее цели и установил, что Элейна действительно *не* хочет продолжать свой неудовлетворительный образ жизни и *хочет* вести более функциональный образ жизни; выявил недостатки в решении проблем и провел их рефрейминг; снизил гнев Элейны к матери; исследовал тревожные предположения Элейны о ее способности решать конкретные задачи (особенно на рабочем месте); помог Элейне создать позитивный, реалистичный, конкретный образ типичного дня полгода спустя, когда она больше не будет чувствовать себя подавленной.

Другие клиенты переживают скорее не о необходимости заниматься тем, чем они не хотят заниматься, а о том, что *если* они начнут делать это, то им *в конечном итоге* придется делать и другие вещи, которые для них неприятны. Тара боялась, что, как только она окажется более функциональной, ее партнер вернет ей много обязанностей, которые он принял на себя ранее: оплачивать счета, закупать продукты, готовить еду. Тара признала, что ей придется вернуться к тому, чтобы делать то, что она не хотела делать.

“Если я попытаюсь решить эту проблему продуктивно, то мне придется допустить, чтобы виновные избежали наказания”

Эйб считал, что он годами подвергался жестокому обращению со стороны семьи, в которой родился. Он сопротивлялся разговорам о том, как можно улучшить предстоящую поездку домой. Идея относиться к своей семье разумно была им признана как несостоятельная. Он все еще хотел наказать их за все притеснения даже при значительных эмоциональных затратах со своей стороны.

Психотерапевт напомнил Эйбу его предыдущую поездку домой, когда он "наказал" всех, отказавшись присоединиться к совместному походу в зоопарк и к семейной фотосессии. Эйб помнил, каким изолированным, отчужденным и даже отвергнутым он чувствовал себя и как впоследствии боль удерживалась неделями. Психотерапевт помог ему понять, что члены его семьи, вероятно, чувствовали себя минимально болезненно по сравнению с Эйбом. После такого обсуждения Эйб осознал, что если он будет использовать ту же стратегию, чтобы их наказать, то сам, вероятно, окажется наказанным гораздо больше. Эйб пришел к выводу, что заслуживает того, чтобы уменьшить свою собственную боль, учитывая, что его семье в любом случае, вероятно, не будет слишком больно.

"Если я сосредоточусь на том, что мне нужно измениться (прекратить наказание), чтобы стать лучше, то мне снова причинят боль"

Аманда, как и Эйб, хотела наказать кого-то другого. Она была достаточно сердита на своего мужа, у которого была короткая интрижка двумя годами ранее, и изначально отклонила обсуждение того, как она сама может улучшить их отношения. У нее было несколько идей, которые препятствовали ее мотивации.

- "Он сделал что-то ужасно неправильное, и по отношению к самой себе было бы нечестно работать над решением проблем вместо того, чтобы наказать его".
- "Наказывая его, я чувствую больше контроля, больше силы".
- "Если я не накажу его, он может приняться за свое и снова причинить мне боль".

Психотерапевт должен был помочь Аманде рассмотреть другую перспективу, прежде чем она будет готова измениться. Они тщательно исследовали недостатки того, чтобы продолжать наказывать ее мужа: неупорядоченность собственных чувств; сомнительная ролевая модель для детей; *вероятность* новой интрижки мужа как его реакции на действия жены; определенное чувство вины с ее стороны. Психотерапевт дал ей задание представить себе три сценария того, каким мог бы быть типичный день год спустя. Он попросил ее сосредоточиться на каждом моменте, когда она испытывала чувство благополучия. В первом сценарии Аманда представила, что все еще плохо относится к своему мужу. Во втором сценарии она представила, что они разъехались после его

очередной интрижки и что она хорошо справляется с разлукой. В третьем сценарии она представила, что они остались вместе и она хорошо к нему относилась на протяжении целого года. В итоге она сделала вывод о том, что в ее наилучших интересах прекратить наказывать мужа и попытаться восстановить с ним здоровые отношения (см. *Spring, 1996*, для получения дополнительной информации по этому вопросу).

"Если мне станет лучше, то мне придется столкнуться с трудными испытаниями"

Диана поняла, что, пока она страдала от своих симптомов, у нее не было выбора: ей был нужен муж, чтобы ее поддерживать. Тем не менее, если бы она поправлялась и больше не нуждалась в нем, то ей пришлось бы столкнуться с тем обстоятельством, что ее брак был достаточно плохим, а это может означать необходимость принять решение о разводе. Психотерапевт помог ей увидеть то, что когда она преодолеет хроническое паническое расстройство и агорафобию, у нее будет *выбор*: развестись или нет; автоматически это не означает, что ей *придется* развестись. Он также помог ей увидеть, что она не имела возможности на данный момент узнать, как ее отношения с мужем могут измениться, если он больше не будет чувствовать себя настолько обремененным ее болезнью.

"Если мне станет лучше, это будет означать, что я что-то потеряю"

Некоторые клиенты знают, что они пострадают от денежных потерь, если поправятся. Они больше не будут иметь право на пособие по нетрудоспособности и не смогут получить в судебном порядке компенсацию за свои боль и страдания. Другие опасаются потерь иного рода. Адам знал, что ему придется вернуться в старшую школу на полный учебный день, вместо того чтобы получать дома дистанционное обучение. Ава боялась, что родители больше не будут ее эмоционально поддерживать и ее психотерапевт прекратит психотерапию, если она поправится. Если Линда оправится от своей депрессии, то, как она осознает, ей придется вернуться к своей рутинной роли домохозяйки — матери двух ершистых подростков и жены мужчины, который готов брать на себя домашние обязанности только на тот период, когда Линде плохо.

Психотерапевт должен был помочь этим клиентам сосредоточиться на долгосрочных целях, которые они для себя хотели. Он помог им оценить, насколько опасной будет потеря и как они могли бы справить-

ся с ней или компенсировать ее. Затем он заставил их представить себе день в будущем, в котором они достигли своих целей и компенсировали потерю.

Психотерапевт Эвана должен был осуществить некоторые дополнительные интервенции. Улучшение означало бы, что Эвану придется устроиться на работу. Получение работы означало, что его отец и его жена (которые постоянно подталкивали его к возвращению на работу) "победят", а он проиграет. Его психотерапевт помог ему понять, сколько он в настоящее время теряет, *не* работая: он был в плохом финансовом положении; его самооценка была на небывало низком уровне; он набрал вес и потерял физическую форму; у него не было товарищей среди коллег; он стыдился признаваться людям, что все еще не работает. Он также разыграл в ролях с Эваном, как тот мог бы сказать своей жене и отцу, что возвращается на работу, подчеркнув, что сам принял это решение (и намекая им, что это было не потому, что *они* хотели этого).

Некоторые клиенты не желают вносить изменения, пока не столкнутся с неприятными последствиями. Кевин не был готов к тому, чтобы осуществить даже небольшие изменения в своей повседневной жизни. Он проводил много времени в постели. Его убеждение заключалась в том, что если он сможет доказать своему отцу, что он совершенно несчастный, то его отец, вместо того чтобы заставлять его устроиться на работу, смог бы финансировать его учебу в торговой школе, которую он хотел посещать. Семейный совет не убедил его в обратном. Это продолжалось до тех пор, пока отец полностью не прекратил обеспечивать его деньгами. Таким образом, он не мог ездить на своем автомобиле, покупать себе DVD и CD, ходить в кино. После этого Кевин понял, что его отец говорит всерьез, и стал более готовым к переменам. Его терапевтические заметки помогли ему напоминать себе о том, какой выбор он мог бы сделать.

Когда у меня возникает соблазн ничего не делать

Факты свидетельствуют о том, что папа изменился. Он, вероятно, не даст мне денег, даже если я буду продолжать надоедать ему или ссориться с ним. Я могу продолжать оставаться в своей комнате и чувствовать себя несчастным *или* я могу принять решение взять свою жизнь под свой контроль. Я могу начать с небольших вещей, таких как вставать рано каждый день, принимать душ, правильно питаться, ходить на прогулки и делать другие вещи, которые не стоят денег, и продолжать до тех пор, пока не буду готов получить работу.

"Если мне станет лучше, то я не буду знать, кто я"

Идентичность Фила была немыслима без его болезни. Он не мог себе представить, кем бы он был, если бы больше не страдал от панического расстройства и сильной агорафобии. Клиенты, такие как Фил, которые видят себя и свои психологические расстройства как неразрывно связанные, часто рассматривают концепцию хорошего здоровья как нечто неизведанное и пугающее, которое уже не выпустит их из своих цепких когтей (см. *Mahoney, 1991*). В ответ на эту проблему психотерапевт Фила использовал стратегии, описанные в главе 13, чтобы помочь ему справиться с беспокойством, когда он начинает ставить под сомнение обоснованность своих глубинных убеждений.

Клинический случай

Патриция — 44-летняя замужняя женщина с сыном-подростком. Она начала психотерапию с тяжелой депрессией (ее третий эпизод с детства), тревожностью и выраженными пассивно-агрессивными чертами личности. Предшествующим событием стала потеря ее мужем работы (не по его вине). Поначалу она была очень обеспокоена их ухудшающейся финансовой ситуацией. По мере убеждения в том, что муж не сможет найти работу, на которой платили бы больше, чем минимальная зарплата, Патриция становилась все более и более депрессивной.

Функционирование Патриции значительно ухудшилось. Хотя она и вставала каждое утро, чтобы приготовить завтрак для своего сына и проводить его в школу, бо́льшую часть дня она оставалась в постели, пренебрегая содержанием дома. Она не вставала до тех пор, пока не подходило время возвращения сына домой. Она готовила обед для семьи, но забиралась обратно в постель, как только муж возвращался домой с работы на неполную ставку.

На первой терапевтической сессии Патриция согласилась на стандартное домашнее задание и на вопрос психотерапевта ответила, что, скорее всего, выполнит его. Тем не менее она явилась на вторую сессию без энтузиазма, осилив лишь небольшую часть домашнего задания. Например, она объяснила своей депрессией то, что хотя и может вспомнить некоторые из своих автоматических мыслей с прошлой недели, она не записывала их, как и не перечитывала свои терапевтические заметки, которые напоминали ей о том, что некоторые из ее мыслей могут быть неверными или не совсем верными. Она не осущес-

твила никаких поведенческих изменений, на которые согласилась на первой сессии.

Психотерапевт попробовал стандартные методы, такие как разделение заданий на более мелкие шаги, и помог ей реагировать на ее автоматические мысли. Первоначально все ее мысли вращались вокруг темы беспомощности, и после совместного обсуждения они психотерапевтом подготовили заметки, чтобы помочь ей им противодействовать.

Автоматическая мысль. Если я попытаюсь заниматься приятными делами, то не буду чувствовать себя лучше.
Адаптивный ответ. Вообще-то, я не знаю, буду ли я чувствовать себя лучше, и я не узнаю, если не попробую. Даже если они не помогут мне почувствовать себя лучше в краткосрочной перспективе, они могут помочь мне в конечном итоге.

Автоматическая мысль. Если я и почувствую себя лучше, то ненадолго.
Адаптивный ответ. Поначалу это может быть правдой, но я могу освоить навыки управления своим настроением на более длительные периоды.

Автоматическая мысль. Я не могу заботиться о доме. Даже если я пытаюсь разобраться, у меня ничего не получается. Слишком много всего нужно сделать. Кроме того, это не имеет значения — дом все равно будет в беспорядке.
Адаптивный ответ. Делать *что угодно* еще и по дому, кроме того, что я делаю сейчас, — это уже успех. Я могу привести дом в порядок шаг за шагом. Я не могу сделать все сразу, но я этого и *не* планирую.

Автоматическая мысль и образ. Если бы я могла забиться куда-нибудь в уголок и ничего не делать, то могла бы поправиться.
Адаптивный ответ. Отсутствие структуры, отсутствие общения, отсутствие причин вставать с кровати, отсутствие возможности заниматься делами, вероятно, заставят меня чувствовать себя хуже, а не лучше.

Автоматическая мысль. Эта психотерапия не для меня. Я не тот человек, который может следовать расписанию.

Адаптивный ответ. Отсутствие графика активности не помогло мне чувствовать себя менее депрессивной. Я могу поэкспериментировать, попробовав составить расписание на неделю или две, и посмотреть, буду ли я чувствовать себя лучше.

Отвечать в течение следующих нескольких недель на эти мысли о своей беспомощности немного помогло, и Патриция стала делать немного больше по дому, хотя и не пыталась даже минимально следовать расписанию. Несмотря на эти позитивные изменения, ее депрессия не сдвинулась с места. Фактически она в какой-то мере стала даже более тревожной. Ключевая когниция была следующей.

"Если я что-то изменю, мой муж будет ожидать от меня все больше и больше".

Патриция также сообщила о неприятном сне. Некто заставлял ее играть с костяшками домино своего сына. Она должна была установить их ребром, одну возле другой. Затем этот человек сбил первую костяшку, чем запустил цепную реакцию — все костяшки начали быстро падать одна за другой. Для Патриции этот сон означал, что ей придется осуществить значительные изменения, и когда она начнет, то не будет иметь иного выбора, кроме как продолжать меняться.

Психотерапевт посоветовал Патриции поговорить с мужем, чтобы установить для нее реалистичные ожидания. Когда она этого не сделала, то он предложил, чтобы они пригласили мужа Патриции принять участие в следующей сессии. Когда она выразила свой страх по поводу того, что муж будет ожидать, что она немедленно вернется к своему старому "Я", тот заверил ее в обратном. В течение двух-трех недель Патриция достигла некоторых минимальных улучшений. Ее тревога и депрессия несколько уменьшились, но раздражительность увеличилась. Ключевой дисфункциональной идеей была следующая.

"Если я делаю то, чего не хочу делать, то это меня умаляет".

После рассмотрения ее истории стало очевидно, что Патриция сопротивлялась выполнению того, чего не хотела делать с юности. Это убеждение внесло свой вклад в отсутствие успеха на рабочих местах, где она работала до рождения сына. Однако время от времени она была в состоянии преодолеть эту идею.

Например, для нее было очень важно быть хорошей матерью для своего ребенка, и она могла на протяжении многих лет делать то, что ей особенно не нравилось, но, как она верила, было необходимо для благополучия сына. Теперь, когда он стал старше, она была настолько депрессивной, что больше не чувствовала себя ответственной за то, что считала несущественным. Психотерапевт помог Патриции на интеллектуальном уровне осознать, что эта идея умаления была дисфункциональной и неверной. Тем не менее ей потребовалось много времени, чтобы принять это и на эмоциональном уровне, и она все еще отчасти с ней боролась, когда депрессия перешла в ремиссию и психотерапия завершилась.

Психотерапевт Патриции обсудил с ней тот факт, что у нее были две проблемы. У нее были реальные обязанности — пусть обременительные, изнурительные, нескончаемые и необоснованные. Однако, усугубляя ситуацию, она боролась сама с собой в том, следует ли их выполнять. Психотерапевт пытался заставить ее понять, что домашние дела не истощали ее так сильно, как эта борьба. В конце концов, она не полагала, что ее сестра и ее подруга Нэн были в такой же мере изнурены выполнением таких же дел.

Поскольку Патриция стала несколько более функциональной в отношении домашних дел, а счета продолжали накапливаться, она обнаружила еще один существенный недостаток того, чтобы идти на поправку: ей нужно было устроиться на работу. Она крайне неодобрительно воспринимала эту необходимость, и ее тревожность и депрессия значительно усилились, тем более что семейные сбережения продолжали таять. Она предвидела неприятные последствия своего выхода на работу, включая отрицательное влияние на сына и на себя, переживала несправедливость того, что нужно работать, и испытывала сильное желание отказаться и быть спасенной. Сначала она сосредоточилась на том, что выход на работу не позволил бы ей по-прежнему уделять сыну необходимое внимание. Однако, обсуждая практические последствия выхода на работу, Патриция поняла, что, скорее всего, будет возвращаться домой всего лишь на час позже сына и воздействие на него ее работы будет, вероятно, намного меньше, чем она предполагала.

Затем Патриция выразила озабоченность по поводу воздействия уже на себя как непосредственного, так и долгосрочного выхода на работу: "Любая работа, которую я могу получить, будет трудной. Вероятно, я ее возненавижу. И буду истощена". У нее был образ себя (который частично был воспоминанием), стоящей за кассовым аппаратом поздним вечером, бесправной, истощенной и пойманной в ловушку. Психотерапевт обозначил этот образ как наихудший возможный вариант и спросил, может ли она представить себе в деталях лучший образ. Сначала Патриция сопротивлялась созданию более положительного образа. Когда психотерапевт спросил, что для нее значит представить себе лучшее будущее, она ответила вот что.

ПАТРИЦИЯ: Этого не произойдет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*выдвигая гипотезу*) Вы также обеспокоены тем, что если мы нарисуем лучшую картину, то вам, вероятно, действительно придется идти и устроиться на работу?

ПАТРИЦИЯ: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что для вас значит получить работу?

ПАТРИЦИЯ: Я попаду в ловушку. Это будет смертельно. Однажды устроившись на работу, мне придется ее держаться. Мне придется отказаться от надежды на счастливую жизнь.

Затем психотерапевт обсудил с ней стратегии на случай, если она получит работу, которая окажется невыносимой, и помог ей увидеть, что она не окажется в ловушке, что она сможет выдержать несколько дней или недель и тем временем подыскать другую работу. Она может уволиться, как только найдет работу получше. Они также обсудили, что *отсутствие* работы также не приносит Патриции счастья; на самом деле она стала крайне угнетенной и тревожной за последние несколько недель. Наконец она была готова к тому, чтобы представить себе, как будет выглядеть лучшая работа: та, с которой, как она чувствовала, она сможет справиться; работа с доброжелательными коллегами и разумным руководителем.

Затем Патриция рассказала о своем страхе перед долгосрочным воздействием выхода на работу. Она представляла себе мучительное будущее, унылое хождение на работу, возвращение в неубранный дом, механическое приготовление обеда, ненавистную уборку, отход ко сну, пробуждение и повтор этого цикла — месяц за месяцем и год за годом до конца. Ее психотерапевт опять помог ей осознать, что она представляет себе только наихудший из возможных вариантов. Они обсудили

наилучший из возможных вариантов и наиболее реалистичный из них. Тогда психотерапевт попросил Патрицию представить относительно удовлетворительный день примерно через год, когда она проработала в течение нескольких месяцев на терпимой работе, привыкла к ритму рабочего дня, пришла домой, была рада видеть сына и чувствовала себя преимущественно хорошо, добиваясь успехов на своей работе и помогая вносить свой вклад в семейный бюджет.

Далее Патриция сообщила о своих опасениях — что она не сможет быть компетентной на любой работе, какую бы ни получила. У нее был кошмарный сон, вызвавший реминисценции о детской травме, о которой она ранее не сообщала. В шестом классе началось изучение иностранного языка. Она испытывала большие трудности с этим предметом, причем, что еще хуже, трудности публичные, когда приходилось отвечать на уроках. Она была очень смущена и отказывалась от помощи учителя. Психотерапевт концептуализировал, что эта *новая* травма (необходимость получить работу), возможно, привела ее к тому, что она начала ощущать себя запертой в ловушке, беспомощной, не способной решить свою проблему. Он помог ей осознать, что эти чувства (на самом деле — убеждения) неприменимы к нынешней ситуации. Патриции не нужно было устраиваться на работу, которая превосходила ее возможности. Она могла бы попытаться решать проблемы по мере их возникновения и оставить работу, если понадобится. Психотерапевт выразил надежду, что благодаря терапии она могла бы научиться получать удовлетворение от работы, а не чувствовать себя так тревожно, самокритично и страдающе.

Еще один набор дисфункциональных идей, которые мешали Патриции рассмотреть возможность выхода на работу, был связан с гневом на мужа, который сказал ей, когда они поженились, что она может остаться дома и заботиться о будущих детях, а не работать за пределами дома. Патриция рассердилась, что он подвел ее, и чувствовала, что должна его наказать. Психотерапевт помог ей понять, что потеря им своей работы была вне его контроля. Она признала, что он делает все возможное, чтобы найти другую работу, и устроился на черную работу на неполный рабочий день, чтобы удержать семью на плаву. Патриция смогла в некоторой степени перенести свой гнев с него на их общее затруднительное положение.

В конце Патриция продемонстрировала сильную копинг-стратегию, которую использовала еще с детства и которая заключалась в том, чтобы фантазировать о “спасении”: “Я хочу, чтобы кто-то обо мне позаботился”. Ее мать переживала сильную депрессию, когда Патриция была

ребенком; ее отец работал допоздна, напивался к моменту возвращения домой и был эмоционально недоступен. В детстве она хотела быть спасенной и фантазировала, как кто-то (ее мать, ее отец, родственники или неизвестный) подхватывает ее, одаривает вниманием и любовью и заботится о каждой ее потребности и желании. Теперь, 30 лет спустя, она все еще надеялась, что так или иначе она будет "спасена": мужем, психотерапевтом или кем-то еще ей неизвестным.

Патриция признала, что чувствовала, что ее психотерапевт ее не "спас". Она так хотела, чтобы кто-то организовал все так, чтобы она могла проводить полноценный досуг и жить без страданий. Ее психотерапевт проявил эмпатию к боли, которую вызвал у Патриции этот сценарий, и сообщил что он малореалистичен. При поддержке психотерапевта ей пришлось отгоревать по поводу потери своей фантазии, прежде чем она была готова признать, что ей необходимо научиться самой заботиться о себе. Далее приведены терапевтические заметки, к которым она обращалась.

Когда я фантазирую о своем "спасении"

Нет смысла держаться за фантазию о "спасении". Это разрушительно и в долгосрочной перспективе вызывает у меня много боли. Если я сама буду работать над своим спасением, то у меня может быть лучшая жизнь. Начав думать, что это невозможно, я напомню себе, что депрессия подобна черной маске на моем лице и заставляет меня видеть мое будущее в депрессивном, нереалистичном ключе.

Наконец, Патриция была готова предпринимать более значительные шаги на пути к улучшениям. К тому времени сбережения семьи были практически исчерпаны, и Патриция не видела альтернативы трудоустройству. Через четыре недели после начала работы в качестве верстальщика документов ее депрессия резко снизилась. Хотя работа ей не особо нравилась, она могла видеть, насколько она выгодна для нее, и не только потому что обеспечивала столь необходимый доход. Патриция признала, что необходимость выходить на работу не оставляла ей возможности для внутренней борьбы за то, чтобы что-то делать или не делать. У нее больше не было выбора. Она не могла вернуться обратно в постель, ей приходилось приводить себя в порядок по утрам, подвозить сына к школе по пути на работу, выполнять служебные обязанности и готовить для семьи. Структурирование дня, признание достижений на работе, общение с коллегами, наставничество со сто-

роны руководителя и повышение благополучия семьи стали важными факторами в снижении депрессии Патрисии. Поначалу она придерживалась было своих старых привычек на выходных, слишком много времени проводя в постели и отлынивая от домашних дел. Однако она сама решила изменить такое положение дел. Она убедилась, что ей нужно больше структурированности.

Хотя ее депрессивные симптомы снизились почти до нормального уровня, Патриция еще не была готова к прекращению психотерапии. Ей нужно было поработать над дисфункциональными убеждениями о своей некомпетентности и несправедливости, чтобы предотвратить рецидивы.

Когда клиенты не прогрессируют

Наконец, важно дать себе отчет в том, что клиенты меняются с разной динамикой. Им может потребоваться время для принятия новых адаптивных идей. Клиентам могут потребоваться недели, а в некоторых случаях и месяцы, чтобы рассмотреть, что изменения означают для них, раскрыть свои опасения относительно смены психотерапевта, обратиться к своим страхам, четко увидеть преимущества и недостатки изменений. И некоторые клиенты просто не готовы к тому, чтобы внести необходимые изменения, когда попадают на лечение, особенно если их эмоциональная боль относительно низкая. Когда клиенты демонстрируют слишком незначительный прогресс или вообще его не демонстрируют, часто оказывается полезным перерыв в психотерапии.

Тем не менее, прежде чем исследовать преимущества и недостатки перерыва в лечении, психотерапевты должны убедиться, что они максимально эффективно применяли терапию или не имеют отрицательной реакции на клиента (см. главу 6). Психотерапевты должны оценивать следующие идеи и реагировать на них: “Проблемы клиентки действительно неразрешимы. Она *должна* быть депрессивной, учитывая ее проблемы. Она сопротивляется мне. Она не дает мне шанса. Я не могу ей помочь на достаточном уровне”. Затем им следует подумать о необходимости консультации, чтобы понять, могут ли они быть более эффективными с этой клиенткой.

Когда важно не решать проблему

Хотя решение проблем является неотъемлемой частью когнитивной терапии, существуют обстоятельства, когда это неуместно: когда клиен-

ты переживают потерю, когда акцент на решении проблем отрицательно влияет на терапевтические отношения и когда клиенты поднимают проблемы, над которыми у них мало или вообще нет контроля.

Когда клиенты страдают от потери (которая может быть конкретной или символической), психотерапевты должны предлагать поддержку и валидацию. Важно, чтобы психотерапевт признавал потерю и поддерживал процесс переживания горя. Часто важно говорить о смысле потери. Тем не менее психотерапевты должны вмешаться, когда клиенты становятся чрезмерно жесткими с самими собой или нуждаются в немедленной помощи для более эффективного совладания.

Важно отложить решение проблемы, если психотерапевт делает вывод исходя из данных клиента, что это может поставить под угрозу терапевтический альянс. Когда клиенты сами отказываются от подхода решения проблем, психотерапевту нужно отступить, концептуализировать проблему и прежде всего восстановить альянс, как описано в главах 4 и 5.

Наконец, важно помочь клиентам признать, что они не могут решить все проблемы. Например, клиент с супругой-алкоголичкой может быть убежден в том, что может контролировать употребление алкоголя у жены. Клиентка с расстроенным ребенком может быть убеждена в том, что должна защищать своего ребенка от любого дистресса. Клиент из неблагополучной семьи может быть убежден в том, что должен заставить всех ладить друг с другом. Изучив все обстоятельства и выяснив, что клиенты не имеют достаточного контроля, психотерапевт должен помочь им принять существование этих проблем и поработать со связанными с ними предположениями, например "Если я не могу исправить эту проблему, то это значит... (что-то плохое обо мне)".

Выводы

Основные усилия когнитивно-поведенческой терапии направлены на то, чтобы помочь клиентам улучшить свое самочувствие и функционирование на следующей неделе, что неизбежно повлечет за собой работу над решением проблем и мотивирование клиентов для выполнения домашних заданий к каждой сессии. Если клиенты испытывают трудности в реализации этих терапевтических задач, психотерапевты должны точно определить проблему и оценить, зависит ли она от неэффективного применения ими стандартных стратегий или от вмешательства дисфункциональных убеждений клиентов, что потребует видоизменения подхода.

Глава 10

Сложности при выявлении когниций

Большинство клиентов начинают психотерапию без понимания когнитивной модели. Они не знают не только о том, что их восприятие ситуаций влияет на то, как они реагируют (эмоционально, поведенчески, физиологически), но и о том, что их мысли — это идеи (не обязательно истинные), что мысли могут быть искажены и что, оценивая свое мышление и реагируя на него, они могут чувствовать себя лучше и вести себя более функционально. Часто клиенты считают, что трудные ситуации или люди *непосредственно* влияют на их реакции. Или они могут быть выбиты из колеи вследствие своего дистресса и быть не в состоянии объяснить, почему это происходит. Для клиентов важно понять влияние их мышления на их реакции; в противном случае нет смысла привлекать их к процессу выявления своих когниций и реагирования на них.

Только действительно поняв когнитивную модель, клиенты могут пытаться выявлять свои мысли, образы, предположения и глубинные убеждения. Но когда психотерапевт задает вопрос о том, что происходило в их разуме (когда они испытывали дистресс, вели себя дисфункционально или испытывали неприятные физические симптомы), клиенты могут сказать, что они не знают или что в тот момент они ни о чем не думали. Они могут изменить тему, уйти в интеллектуализацию или даже отказаться говорить. Такое поведение они могут проявлять и тогда, когда психотерапевт пытается выяснить значение их мыслей, чтобы выявить глубинные убеждения. Как и в случае с любой другой

терапевтической проблемой, когда клиент испытывает трудности в выявлении своих когниций, психотерапевту следует концептуализировать, почему возникла проблема, чтобы разработать соответствующую стратегию.

Некоторые трудности при выявлении дисфункциональных когниций клиентов возникают вследствие неэффективного или ненадлежащего применения стандартных техник, хотя иногда психотерапевтам приходится видоизменять стандартные подходы. В этой главе описывается, как выявлять автоматические мысли, образы, предположения и убеждения "трудных" клиентов; в следующих трех главах описано, как модифицировать эти когниции.

Распознавание автоматических мыслей

Важно, чтобы психотерапевты распознавали ситуации, порождающие автоматические мысли, а также понимали, что дефицит сообщенных клиентом автоматических мыслей может быть как свидетельством незначительности его симптоматики, так и проявлением избегания и что автоматические мысли могут присутствовать в дискурсе клиентов, хотя они обычно воспринимают их как "чувства".

Ситуации, порождающие автоматические мысли

Порождать автоматические мысли могут многие ситуации, как описано в главе 2. Психотерапевт клиентки Андреа, например, опоздала на 10 минут на терапевтическую сессию (ситуация 1). Андреа подумала: "Она не заботится обо мне" и испытала обиду. Она осознала свою обиду (ситуация 2), подумала: "Как она смеет заставлять меня так себя чувствовать!" и рассердилась. Когда она вошла в кабинет психотерапевта, то выразила свой гнев. Прежде чем психотерапевт заговорила, Андера признала, что слишком остро отреагировала на происходящее (ситуация 3), и подумала: "Я не должна была этого говорить. Мой психотерапевт может больше не захотеть работать со мной".

Клиенты могут иметь автоматические мысли об отдельных событиях, о своих мыслях (в том числе в словесной и образной форме: мечты, воспоминания, фантазии) и о своих реакциях (эмоциональных, поведенческих и физиологических). Клиенты также могут иметь автоматические мысли по поводу изменений в своем разуме или теле, например скачки мыслей или физическая боль. Или у них могут быть мысли, свя-

занные с раздражением их сенсорных модальностей: зрительной (например, зрительные галлюцинации), слуховой (слуховые галлюцинации), обонятельной (запахи, которые напоминают о травматическом опыте) и тактильной (например, неприятное ощущение от касания).

Когда у клиента мало отрицательных мыслей

У психотерапевта могут возникнуть трудности в выявлении автоматических мыслей клиентов, симптомы которых относительно незначительные. Например, клиенты, которые находятся в частичной или полной ремиссии по поводу расстройств по оси I, обычно имеют мало дисфункциональных мыслей, и психотерапия может сосредоточиться, по крайней мере частично, на дисфункциональных мыслях, которые могут возникнуть в будущем (см. *J. Beck, 1995* для ознакомления с методами профилактики рецидивов).

Распознавание поведенческого избегания

У некоторых клиентов мало автоматических мыслей, поскольку у них закрепился паттерн избегания. Джоэл избегал ситуаций, в которых, как он полагал, его могут оценивать окружающие. Он работал на дому и старался никуда не выходить. Когда ему нужно было выйти, он пытался ограничить пребывание на людях, например совершал покупки тогда, когда, по его мнению, магазины наименее наполнены людьми. Сначала он сообщал о возникающих автоматических мыслях относительно своей безнадежности и невозможности вести когда-нибудь полноценную жизнь. (Его психотерапевт не испытывала затруднений в выявлении автоматических мыслей, когда обсуждала с ним необходимость более активного поведения. У Джоэля было великое множество мыслей, предсказывающих отрицательные результаты.)

Распознавание когнитивного избегания

У клиентов, которые не проявляют выраженного *поведенческого* избегания, может быть мало автоматических мыслей, если они склонны к *когнитивному* избеганию, т.е. отталкивают мысли, которые заставляют их расстраиваться. Обычно эти клиенты пытаются себя отвлечь, когда испытывают дистресс, поэтому они не будут сосредоточиваться на мыслях и чувствовать себя хуже. Они могут заниматься такими видами деятельности, как серфинг в Интернете, чтение журналов, беседы, прогулки, приготовление пищи, употребление алкоголя или наркотиков (см. *Beck et al., 2004*).

Распознавание автоматических мыслей в дискурсе клиентов

Иногда клиенты выражают автоматические мысли, описывая свои переживания, но они или их психотерапевты не осознают этого. В приведенном ниже фрагменте стенограммы психотерапевт проявляет внимание к этим мыслям, поскольку клиент изначально отрицал наличие у себя автоматических мыслей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем вы думали, когда разговаривали с матерью по телефону?

КЛИЕНТ: Ни о чем, я просто был зол. Понимаете, она всегда делает это со мной. Она знает, как я раздражаюсь, когда она снова и снова укоряет меня за то, что я бросил школу. Я думаю, она делает это нарочно. Она всегда пытается меня задеть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подводя итог*) Ситуация сложилась таким образом, что вы общались с матерью по телефону и думали: "Она всегда делает это со мной и знает, как меня раздражает, когда она укоряет меня за то, что я бросил школу. Я думаю, она делает это нарочно. Она задевает меня". И эти мысли заставили вас рассердиться. Верно?

Распознавание автоматических мыслей, обозначенных как чувства

Иногда клиенты называют свои автоматические мысли "чувствами". Когда клиент использует слово "чувства", психотерапевт должен концептуализировать, что он имел в виду — эмоцию или идею.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что для вас означает то, что она всегда делает это с вами?

КЛИЕНТ: Я не знаю. Я просто чувствую себя беспомощным, как будто я никогда не смогу ее одолеть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И когда у вас возникают мысли "Я беспомощен", "Я не могут ее одолеть", как вы себя эмоционально чувствуете?

КЛИЕНТ: Разочарован.

Переобозначение идей клиента в мысли и замена слова "чувствовать" выражением "эмоционально чувствовать" помогают установить более четкое различие.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления автоматических мыслей

Психотерапевты используют ряд техник, которые помогают клиентам выявлять свои автоматические мысли, в том числе проведение опроса, сосредоточение на эмоциях и соматических ощущениях, использование воображения и ролевых игр.

Проведение опроса

Обычные вопросы, которые психотерапевты используют для выявления автоматических мыслей клиента, таковы.

- Что было в вашей голове?
- О чем вы думали?

Однако эти вопросы могут не подходить некоторым клиентам, по крайней мере поначалу. Психотерапевты часто должны быть последовательными и настойчивыми, помогая клиентам выявлять их автоматические мысли — очень осторожно, чтобы не раздражать клиентов и не заставлять их чувствовать себя неадекватными. Они могут задать следующие вопросы.

- Что вы представляли/предполагали/вспоминали?
- Что для вас означала эта ситуация?
- Что было хуже всего в этой ситуации?

Психотерапевт может помочь клиенту более точно сосредоточиться на своих мыслях, сначала попросив определить и выделить соматическую составляющую эмоциональной реакции, а затем перейдя к исследованию мыслей.

- Как вы себя эмоционально чувствовали?
- Где вы чувствовали эмоцию в своем теле?

Психотерапевты также могут задавать вопросы с множественным выбором, основываясь на своих концептуализациях клиентов.

- **Как вы полагаете, могли вы тогда подумать...**

Они могут исследовать объяснения клиентов в отношении эмоций, о которых те сообщили.

- **Вы чувствовали себя (огорченно), потому что думали...**

Или они могут представить мысль, *противоположную* той, которая возникла у клиента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я уверен, вы *не думали* о том, как замечательна жизнь вокруг вас.

КЛИЕНТ: Нет!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем вы думали?

КЛИЕНТ: Что моя жизнь — сплошная вонь! Я ненавижу свою работу!

Или психотерапевт мог бы предоставить возможности, используя мысли, которые могли возникнуть у него самого.

- **Если бы я оказался в вашей ситуации, я бы подумал...**

Или мысли, которые могли возникнуть у других.

- **Понимаете, от людей, которые оказывались в такой же ситуации, я слышал, что они думали... Как вы считаете, у вас могли быть такие мысли?**

Следующий фрагмент стенограммы иллюстрирует необходимость быть настойчивым и мягким одновременно, разными способами расспрашивая клиента о его мыслях. Обратите внимание, что только после того, как психотерапевт осознала, что у нее недостаточно информации о ситуации дистресса, она начала задавать клиенту вопросы с множественным выбором, что, наконец, помогло последнему сообщить о своих мыслях.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подводя итог*) Итак, вы пытались отправить письмо своей сестре по электронной почте, и вам стало плохо. Что было в ваших мыслях?

КЛИЕНТ: Ничего. Ничего. (*Пауза.*) Мне просто стало плохо. Действительно плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что означает "Плохо"?

КЛИЕНТ: Расстроен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*пытаясь конкретизировать эмоцию*) Грустный? Сердитый? Тревожный? Смущенный?

КЛИЕНТ: Я не знаю, это было ужасное чувство.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*исследуя образы*) У вас была картинка в голове?

КЛИЕНТ: Нет, просто пусто.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предлагая оппозиционную мысль*) Вы *не думали* "Это здорово. Я так рад, что отправил электронное письмо сестре"?

КЛИЕНТ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*исследуя память*) Не могли бы вы что-нибудь вспомнить?

КЛИЕНТ: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это трудно понять... (*признавая, что ей нужно больше информации*) Я полагаю, нужно вернуться назад. Почему вы отправили письмо сестре по почте?

КЛИЕНТ: Я должен был кое-что с ней обсудить. Это касается мамы. И я знал [автоматическая мысль], что она точно расстроилась бы. Поэтому я отправил ей письмо, а не перезвонил.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, когда вы сидели и писали письмо, представляли ли вы, как отреагирует ваша сестра?

КЛИЕНТ: Не знаю. Мне было так плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*проявляя эмпатию*) Да, должно быть, это было неприятно — писать такое письмо. (*Пауза.*) Что хуже всего во всей этой ситуации?

КЛИЕНТ: (*безнадежно*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предлагая несколько вариантов*) То, что касается вашей мамы? То, что вы должны были делать? То, что были вынуждены иметь дело с вашей сестрой?

КЛИЕНТ: (*с умоляющим взглядом*) Все вместе. Я так ошеломлен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*с сочувствием в голосе*) Не могли бы мы поговорить об этих вещах в течение минуты?

КЛИЕНТ: (*Кивает*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, ваша мама. Расскажите мне о ней.

КЛИЕНТ: [автоматические мысли] Я не знаю, что делать. Кажется, у нее проблемы. Я не знаю, правильно ли ее лечит врач.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И ваша сестра?

КЛИЕНТ: [автоматические мысли] С ней так тяжело. Она хочет принимать все решения, касающиеся мамы, но ее даже нет поблизости! Она не знает, что происходит. Она всегда говорит мне, что я должен сделать. И критикует меня. Она понятия не имеет, как это все тяжело.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А вы? Как это все влияет на вас?

КЛИЕНТ: Я просто ошеломлен! [автоматические мысли] Я должен заботиться о своей дочери. Между тем, я хочу сохранить работу, придется работать в две смены. Медицинские счета мамы заоблачны. У нее почти не осталось сбережений. Я не знаю, что произойдет!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что-нибудь еще?

КЛИЕНТ: [автоматические мысли] Мое здоровье в последнее время подводит меня. У меня нет времени, чтобы заботиться о себе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подкрепляя когнитивную модель, сочувствующим голосом*) Ну, неудивительно, что вы чувствовали себя так плохо, когда пытались отправить письмо сестре. У вас были все эти скачущие мысли о маме, о сестре, о дочери, о себе.

Сосредоточение на эмоциях и соматических ощущениях

Когда клиенты испытывают трудности с выявлением своих мыслей, психотерапевты могут попросить их сосредоточиться на своих эмоциях и связанных с ними ощущениях. Это помогает усилить ощущения и эмоции, что может облегчить доступ к мыслям.

Стэн — 49-летний мужчина с обсессивно-компульсивным расстройством. Во время первой сессии, когда психотерапевт спросил его об ощущениях, он схватился за живот и выглядел встревоженным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какие мысли были сейчас у вас в голове?

СТЭН: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы эмоционально чувствовали?

СТЭН: (*Думает.*) Тревожность.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы положили руку на живот. Вам неудобно?

СТЭН: (*Думает.*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы чувствуете в животе?

СТЭН: Подобно коликам, только это немного больно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли у вас какие-либо другие симптомы?

СТЭН: Да, грудь как будто сжата.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сосредоточиться на тревоге и на ощущениях в животе и груди?

СТЭН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда я спросил вас "Что вы делаете, когда чувствуете, что загрязнены микробами?", о чем вы подумали?

СТЭН: Если я скажу вам, вы ответите, что мне нужно перестать мыться. Я не думаю, что смогу это сделать.

Некоторые клиенты, автоматические мысли которых приводят к физиологической реакции, крайне сосредоточены на изменениях в своем теле и разуме, плохо при этом осознавая либо даже отрицая, что они испытывают отрицательные эмоции или мысли. Может быть полезным научить таких клиентов выявлять свои мысли *после* того, как они испытают соматические ощущения, например "О, нет, боль возвращается; вероятно, сейчас будет намного хуже" или "Я не могу выдержать эти симптомы". Благодаря этому клиенты смогут понять, как такие мысли усиливают их страдания. Психотерапевт может попросить клиента отслеживать ситуации, в которых он испытывает симптомы, и вместе они могут поискать в таких ситуациях повторяющиеся закономерности. Например, Карл жалуется на абдоминальный болевой синдром, который обычно беспокоит его вскоре после утреннего пробуждения и в конце рабочего дня. Формулируя вероятные оппозиционные мысли, клиент смог выявить мысли, вызывающие переживаемую им тревогу.

Использование воображения

Эта техника полезна в работе с клиентами, которые не могут выявить свои автоматические мысли без участия воображения. Психотерапевт Синтии неоднократно прибегал ко многим способам, чтобы выявить ее мысли о ситуации, которая возникла ранее на этой неделе, но безуспешно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить сцену снова, как будто это происходит прямо сейчас? Можете ли вы попытаться увидеть эту картинку в голове? (*подводя итог*) Это было поздно вечером во вторник, и вы лежали в постели?

СИНТИЯ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы описать это с некоторыми подробностями? Где вы лежали? Что вы делали? Что вы чувствовали?

СИНТИЯ: Я все еще была в своей одежде, лежала на животе. Наверное, я опиралась на локти, потому что пыталась читать журнал.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете представить это так, будто это происходит прямо сейчас? Вы в своей одежде. Лежите в постели, опираясь на локти, и пытаетесь читать журнал. Как вы себя чувствуете?

СИНТИЯ: Невероятно подавленной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы думаете о том, что сейчас читаете?

СИНТИЯ: Нет, я даже не знаю, что я читаю. Я не могу сосредоточиться. На самом деле я бросаю журнал.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы видите, как бросаете его?

СИНТИЯ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы думаете...

СИНТИЯ: О, Боже, я даже не могу сосредоточиться на этой глупой истории.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что это означает?

СИНТИЯ: Что-то невероятно ужасное происходит со мной. (*Пауза.*) Я думаю, что чувствую себя разбитой.

Использование ролевых игр

Воссоздание на сессии эмоционально насыщенной межличностной ситуации может помочь клиентам получить доступ к их мыслям. Кэрол кратко описала ссору, которая произошла у нее с сыном, но, несмотря на тщательные расспросы психотерапевта, так и не могла решить, о чем же все-таки тогда думала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подводя итог*) Итак, ваш сын кричал на вас. Что он говорил?

КЭРОЛ: Что он ненавидит меня. Понимаете, я сказала ему, что он не может пойти в торговый центр с друзьями. А затем он начал говорить, что я делаю ему хуже, что я никогда не позволяю ему делать то, что он хочет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы ответили?

КЭРОЛ: Я приказала ему не разговаривать со мной таким тоном. Но он продолжал спорить и спорить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Интересно, могли бы мы сыграть в небольшую ролевую игру, пытаясь воссоздать ситуацию?

КЭРОЛ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет того, чтоб вы играли себя, а я сыграю вашего сына. Во время разговора попытайтесь понять, о чем вы думаете.

КЭРОЛ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я начну? Мама, я хочу пойти в торговый центр с друзьями.

КЭРОЛ: Нет, ты не можешь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*сердито*) Да ладно, мам. Отпусти меня!

КЭРОЛ: Нет, я же сказала, что ты не можешь. Ты не сделал домашнее задание.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я закончу, когда вернусь.

КЭРОЛ: Нет, ты не можешь уйти.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мама, ты меня подавляешь! Ты никогда не позволяла мне делать то, что я хотел! Ненавижу тебя! Ненавижу!

КЭРОЛ: (*выходя из ролевой игры*) Я думаю, в этот момент я отвернулась и начала плакать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходило в вашей голове?

КЭРОЛ: Что это невозможно! Я не могу выдержать, когда он так со мной разговаривает. Он никогда не слушает. Это происходит снова и снова. Я не знаю, есть ли у меня еще силы, чтобы справляться с ним. И я знаю, что все это моя ошибка. Я испортила его, когда он был младше.

Проблемы в выявлении автоматических мыслей

Когда психотерапевт пытается помочь клиентам выявить их автоматические мысли, могут возникнуть проблемы. Клиенты могут давать интеллектуализированные ответы или проявлять чрезмерный перфекционизм, предоставлять лишь поверхностные автоматические мысли. Клиенты могут избегать выявления своих мыслей, потому что боятся быть подавленными отрицательными эмоциями; придают своим мыслям особое значение; опасаются осуждения со стороны психотерапевта. (Обратите внимание, что эти же проблемы могут возникать и тогда, когда психотерапевты пытаются выявлять образы, предположения и глубинные убеждения.)

Клиенты дают интеллектуализированные ответы

Иногда клиенты чрезмерно интеллектуализируют и поначалу испытывают трудности с выявлением мыслей, которые проходят через их разум. Опрос о деталях дистрессовой ситуации может подсказать, какими на самом деле были автоматические мысли. Когда Лен с трудом сообщает о своих мыслях, психотерапевт предлагает предварительную гипотезу, основанную на информации, предоставленной клиенткой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, наиболее некомфортно вы себя чувствовали перед началом обеда?

ЛЕН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходило в вашей голове?

ЛЕН: Ну, это вопрос близости, страх близости.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что, по вашему предположению, могло произойти?

ЛЕН: Ничего. Это просто идея о близости; мне это неудобно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кто из ваших близких чувствовал себя наиболее неудобно?

ЛЕН: (*Думает.*) Не мои дети. Моя невестка, я полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы думали: "Вероятно, она..."

ЛЕН: ...пытается поговорить со мной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На тему...

ЛЕН: Может быть, просто небольшой разговор.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это могло быть плохо?

ЛЕН: Что ж, я больше не могу впечатлить ее своими (*ироническим тоном*) достижениями.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, она может подумать или сказать...

ЛЕН: Не знаю. Этого не произошло. Она была занята, помогая мне на кухне. Я никогда не разговаривала с ней по душам.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но если бы вы поговорили с ней, это не помогло бы вам в том, чтобы чувствовать себя хорошо?

ЛЕН: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, дайте мне знать, если я прав. Ситуация сложилась так, что семья собралась в гостиной перед обедом. И вы хотели поговорить со своей невесткой. У вас возникла мысль "Она спросит меня о том, чем я занимаюсь, а это заставит меня чувствовать себя плохо". Правильно?

ЛЕН: Да.

Клиенты проявляют чрезмерный перфекционизм

Некоторые клиенты обеспокоены тем, что если у психотерапевта нет полного и точного понимания их автоматических мыслей, то он не сможет им помочь. Поэтому они чрезмерно озабочены тем, чтобы дать психотерапевту "правильный ответ" о своих автоматических мыслях, рефлексируя для этого слишком долго. Они могут пытаться сообщать о каждой мысли, предоставляя слишком много информации как для себя, так и для психотерапевта. Или могут постоянно исправлять психотерапевта, когда он делает выводы. Поскольку у них чрезмерно ригидное предположение о том, что нужно быть точно понятыми, они нуждаются в психообразовании.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, вы попробуете просто обрисовать свои мысли в общих чертах (*вар.*: вы не станете подробно излагать каждую свою мысль / я не буду фиксировать ваши мысли во всех подробностях)?

КЛИЕНТ: (*Пауза.*) Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы переживаете, что я, возможно, не пойму вас достаточно хорошо?

КЛИЕНТ: Да, да, я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне вас успокоить. Мне просто нужно получить общее представление о ваших проблемах и о том, что вы думаете. Мне не нужно знать все и мне не обязательно знать подробности. Мне просто нужно получить общее впечатление. (*Пауза.*) Насколько вы мне верите, когда я говорю вам, что все в порядке и это нормально, если вы не дадите мне идеальных ответов?

КЛИЕНТ: Не знаю. Я думал, что вы тогда не сможете мне помочь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, такого в моей практике не было. Как насчет того, чтоб просто передать мне общую картину, и в конце сессии мы увидим, как все прошло?

Клиенты предоставляют лишь поверхностные автоматические мысли

Некоторые клиенты сообщают только о “копинговых” мыслях — рационализирующих или мнимо утешающих, которые возникают *после* оригинальных огорчающих мыслей и предназначены для сглаживания последних. Рон часто сообщал о таких мыслях. Психотерапевт Рона спросил, что происходило в его голове, когда его друг не пригласил его на баскетбол. Рон ответил: “Я и так не хотел туда идти”. На следующих сессиях психотерапевт обнаружил, что первоначальная автоматическая мысль Рона на самом деле была иной: “Наверное, я больше ему не по душе”. В следующий раз Рон чувствовал себя очень беспокойно из-за позднего возвращения жены с работы. Он определил свои мысли как следующие: “С ней все будет в порядке. С ней все будет в порядке”. Эти “копинговые” утверждения (которые в лучшем случае были минимально полезными) пришли ему в голову после оригинальной мысли и образа о том, что его жена попала в аварию.

Другие клиенты предлагают поверхностные автоматические мысли, когда присутствуют более важные когниции, скрытые в глубине. В следующем фрагменте стенограммы психотерапевт снова пытается выявить гнетущие мысли клиента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так вы собираетесь сегодня вернуться на работу?

КЛИЕНТ: (*медленно*) Нет... Я так не думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что...

КЛИЕНТ: Я действительно не хочу идти [поверхностная мысль].

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что самое ужасное из того, что может случиться, если вы пойдете?

КЛИЕНТ: Ничего.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствуете, когда думаете о том, что нужно идти?

КЛИЕНТ: Не очень хорошо. Это... это фрустрирует. Понимаете, я увольняюсь с работы. Меня здесь действительно не ценят.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Собираетесь ли вы выйти на работу завтра?

КЛИЕНТ: Да, я выйду завтра.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но завтра тоже будет неприятно, не так ли?

КЛИЕНТ: Да. Но у меня есть некоторые домашние дела, которые я должен завершить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что беспокоит вас больше: необходимость пойти на работу *завтра* или выполнить домашнее задание *сегодня*?

КЛИЕНТ: (*Вздыхает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Выдвигает гипотезу, основанную на ранее выявленном паттерне.*) Я полагаю, что где-то на задворках мыслей у вас есть идея о том, что вы должны быть сегодня осторожны и позаботиться о себе. Даже если интеллектуально вы осознаете, что с вами все в порядке, что ничего не случится, возможно, вы думаете, что должны быть в безопасности и не проявлять себя?

КЛИЕНТ: Я не знаю. (*Думает.*) Полагаю, мне было бы лучше, если бы я пошел домой и вздремнул.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что, если вы не будете осторожны и не вздремнете, а пойдете на работу вместо этого, то...

КЛИЕНТ: Это может быть не очень хорошо для меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И самое страшное, что может случиться?

КЛИЕНТ: Я не знаю. (*Пауза.*) Мое начальство может поставить передо мной еще более трудные задания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если бы это произошло, что тогда могло бы случиться?

КЛИЕНТ: Я просто не хочу расстраиваться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что если вы будете слишком расстроены, то...

КЛИЕНТ: Думаю, я могу пасть духом.

Теперь ключевая автоматическая мысль клиента понятна: "Если я выйду сегодня на работу, мое начальство поставит передо мной трудное задание, и я слишком расстроюсь, упаду духом".

Клиенты боятся быть подавленными отрицательными эмоциями

Некоторые клиенты избегают сообщать о своих автоматических мыслях — а иногда даже распознавать их, — потому что испытывают страх перед отрицательными эмоциями. Они могут придерживаться такого убеждения, как "Если я подумаю об этом, то почувствую себя хуже (я буду перегружен, потеряю контроль над эмоциями, расклеюсь, сойду с ума)". Кроме того, подобные мысли порой сопровождаются образами. Они могут себе представить, что эмоции их одолели. Часто психотерапевты должны определить, имеет ли клиент дисфункциональное предположение, такое как это, и оценить его до того, как клиент приступит к выявлению своих тревожных когниций. Бывший парень Лоррен намеренно проигнорировал ее в баре. Это было за несколько дней до ее следующей терапевтической сессии; она задумалась о том, что произошло, и ей стало очень больно. Психотерапевт спросил ее о случившемся, поскольку лицо Лоррен было красноречивее любых слов; она начала плакать и не могла остановиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, мы должны поговорить о том, что с вами случилось, когда вы увидели Тревиса?

ЛОРЕН: (*Смотрит вниз.*) Я не думаю, что должна сейчас об этом говорить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, все в порядке. Но не могли бы вы рассказать мне, что, по вашему мнению, могло бы случиться, если бы вы рассказали об этом?

ЛОРЕН: Я не знаю. Я, наверное, слишком бы расстроилась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас есть картинка в голове касательно того, что произойдет, если вы сильно расстроитесь?

ЛОРЕН: (*Думает.*) Да, я буду плакать, плакать и плакать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что тогда произойдет?

ЛОРЕН: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чего вы боитесь больше всего?

ЛОРЕН: Что я никогда не перестану плакать. Страшно, что получу нервный срыв.

Затем психотерапевт попросил ее вспомнить, было ли что-то подобное раньше с ней в терапии. Лорен ответила, что не было. Затем он попросил ее вспомнить случаи, когда она сосредоточивалась на своих мыслях, и это ее расстраивало. Лорен кратко описала два случая за последние месяцы, когда она была одна в своей квартире ночью и плакала около часа. Ее психотерапевт помог ей понять, что даже тогда, когда она, наконец, уже просто не могла плакать, она не переживала "нервный срыв". Они также обсудили, что ее переживания на сессии явно будут иными, поскольку здесь она не будет одинока и психотерапевт поможет ей облегчить боль. Далее психотерапевт попросил Лорен вспомнить случаи, когда по ходу психотерапии обсуждались неприятные вещи, однако это позволяло ей почувствовать себя лучше, а не хуже. В конце этого обсуждения Лорен была готова поговорить об инциденте со своим бывшим парнем. К окончанию сессии психотерапевт помог Лорен прийти к выводу, что обсуждение проблем с ним привело к улучшению ее настроения.

Для некоторых клиентов, которые неохотно выявляют свои автоматические мысли, применим подход, предусматривающий дозированную экспозицию. Психотерапевты могут попросить таких клиентов лишь частично раскрыть случившееся, чтобы понять, что с ними происходит. Или они могут попросить клиентов всего на несколько минут сосредоточиться на негативных мыслях, а затем постепенно увеличивать продолжительность экспозиции с целью повышения их толерантности. Дополнительные техники работы со страхом перед отрицательными эмоциями представлены в главе 12.

Клиенты придают своим мыслям особое значение

Клиенты могут неохотно сообщать о своих мыслях из-за того значения, которое они им придают. Дрю не хотел признавать своих опасений выйти из зоны комфорта, потому что не хотел видеть себя слабым. Тайлер беспокоился, что его обсессивные мысли свидетельствуют о его сумасшествии. Джереми презирал себя за отрицательные мысли о своих коммерческих перспективах: "Только неудачники так мыслят". Для психотерапевтов, догадывающихся о таком нежелании, важно спросить у клиентов следующее.

- **Вы полагаете, есть что-то плохое в том, чтобы мыслить таким образом?**

Затем психотерапевты могут помочь им пересмотреть отрицательное значение, которое они придают своим мыслям.

Клиент опасается осуждения со стороны психотерапевта

Невозможность выявить когниции клиента иногда связана с проблемами в терапевтических отношениях (см. главы 4 и 5). Клиенты могут избегать раскрытия автоматических мыслей, потому что чувствуют себя слишком уязвимыми перед мнением психотерапевта.

"Если я скажу своему психотерапевту, о чем я думал, он будет..."

- **"...думать, что я сумасшедший/отвратительный/мне невозможно помочь".**
- **"...критиковать меня, оставит меня, откажется от меня".**
- **"...сообщит обо мне в полицию/отправит меня в больницу/откажется снова видеться со мной".**
- **"...контролировать меня/использовать это против меня каким-то образом".**

Когда психотерапевт подозревает проблему в альянсе, он может напрямую спросить клиента о своей гипотезе.

- **"Если вы скажете мне, что вы думаете, может случиться что-то плохое?"**
- **"Вы думаете, я могу вас осудить?"**

Некоторые клиенты неохотно выражают свои опасения, и психотерапевту, возможно, потребуется их обсудить.

Клинический случай

На своей первой терапевтической сессии Дон, 52-летний мужчина с хронической депрессией, не хотел выявлять свои автоматические мысли, опасаясь, что психотерапевт подумает, что он глуп и слаб. Вместо того чтобы ответить на вопрос об автоматических мыслях во время расстроившего его случая на работе, он начал атаковать психотерапевта. Она должна была помочь ему почувствовать себя более уверенно, прежде чем он захочет сотрудничать в выявлении своих мыслей.

ДОН: Понимаете, все это сосредоточение на моих мыслях не очень полезно. Это так поверхностно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хммм... (*Пауза.*) У вас есть ощущение того, что поможет вам больше?

ДОН: (*не отвечая на самом деле на вопрос*) Понимаете, мои проблемы действительно очень глубоки. Я чувствовал себя подавленным всю свою жизнь. И никто не смог мне помочь, я имею в виду надолго. Я уверен, что это связано с пренебрежительным отношением моих родителей. Я не понимал, что мне было нужно. И это все влияет на меня по сей день. Так что говорить об этом, это так... тривиально.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понимаю, почему вам так кажется (*эмпатически*) И я подумала, что это должно вас раздражать.

ДОН: Да, да. Я думал, вы будете работать на более глубинном уровне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы абсолютно правы. Нам нужно работать на более глубинном уровне. Но это вопрос времени. Большинство людей не достигают прогресса, если работа с ними начинается на глубинном уровне. Это похоже на попытку пробежать марафон, не тренируясь в течение года. Обычно лучше начать просто с ходьбы и наращивать мышцы, не травмируя себя.

ДОН: Я все еще думаю, что разговор о том, какие мысли посещают меня на работе, не будет продуктивным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы можете быть правы на счет этого... или ошибаться. Но я бы, конечно, предпочла разделить наше терапевтическое время, уделив какое-то время ситуациям, которые вас расстраивают, таким как работа, а некоторое время – более

глубинным проблемам, например тому, что случилось с вашими родителями. (*Пауза.*) Как вы думаете?

ДОН: (*думая, неохотно*) Полагаю, так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Следует ли нам начать с вашего детства?

Затем психотерапевт разделила сессию, уделив часть ее обсуждению переживаний детства, а часть — обучению когнитивной модели, используя инцидент на работе в качестве примера.

Откладывание выявления автоматических мыслей

Иногда важно не настаивать на помощи клиентам в выявлении их автоматических мыслей, когда это провоцирует у них негативные мысли о себе, психотерапевте или терапевтическом процессе. В это время психотерапевты должны преуменьшать важность выявления мыслей в конкретной ситуации.

- **"Иногда эти мысли трудно понять. Мы можем вернуться к этому позже". Или "Возможно, нам стоит поговорить о проблеме, с которой вы столкнулись. Как вы думаете?"**

Если, однако, психотерапевты наблюдают *паттерн* трудностей при выявлении когниций, им следует исследовать, сто*и*т ли за ним практическая проблема или препятствующее терапии убеждение клиента, как описано в этой главе.

Выявление образов

Как описано в соответствующих источниках (*Beck, Emery, & Greenberg, 1985; J. Beck, 1995*), большинство клиентов не сообщают спонтанно о своих отрицательных визуальных образах. Поскольку эти образы зачастую неприятны, клиенты быстро вытесняют их из своего сознания. Пытаясь составить полную картину проблемы, многие психотерапевты терпят поражение, даже *спрашивая* о таких образах, не говоря уже о попытках их исследовать. Тем не менее важно выявлять образы воображения клиентов, поскольку без этого они могут не испытать полного облегчения.

Образы могут представать в виде предсказаний, воспоминаний или метафор.

Образы-предсказания

Мысли клиентов часто сопровождаются образами, как показано в следующих примерах. Даниэль, ученица средней школы, увидела группу девушек из своей школы через дорогу. Они выглядели так, будто смеются над ней, и она подумала: "Держу пари, они говорят обо мне". Она была слишком далеко, чтоб ясно видеть их и уж тем более слышать, но у нее перед глазами появился образ их смеха и подлые, презрительные выражения лиц; они соглашались одна с другой, что Даниэла — "неудачница". Рэнди очень нервничал на работе. Когда коллега напомнил ему, что приближается ежегодная аттестация, Рэнди подумал: "Я, скорее всего, провалюсь". У него появился образ босса, который вызвал его в свой кабинет, критикуя за недостаточное усердие, после чего уволил. Когда жена Брайана позвонила ему и сказала, что его мать должна вернуться в больницу, Брайан подумал: "А что если ей станет только хуже?" Он представил себе, что его мать угасает на больничной койке. "Я не могу справиться с этим ощущением". У него был образ, как он бежит по улице, кричит и совершенно не контролирует себя. Потом он увидел, что люди в белых халатах принуждают его войти в машину скорой помощи.

Психотерапевт может прямо спросить об образах, которые возникают, когда озвучивается предсказание.

- **"Когда у вас возникает мысль ("я в конце концов окажусь на улице"), сопровождается ли она образом? Как это выглядит?"**

Или можно задать вопрос косвенно. Маджори сообщила о своей мысли: "Мне никогда не станет лучше". Ее психотерапевт предположил следующее.

- **"Скажем, через несколько лет вам действительно не станет лучше, где вы тогда себя видите? Чем занимаетесь?"**

Психотерапевт также может предположить, что у клиента возникал образ, и попросить визуализировать его детали.

- “Значит, у вас была мысль «Когда я встану посреди комнаты и попытаюсь заговорить, то не смогу сделать это». Как выглядела эта комната? Кто в ней был? Как вы себя чувствовали? Как вы выглядели? О чем думала аудитория?”

Образы-воспоминания

Болезненные воспоминания часто инкапсулируются в конкретные образы. Когда Дженни чувствует смущение, у нее иногда спонтанно всплывает образ, как она сидит за партой в первом классе и чувствует себя ошеломленной и униженной, потому что не может понять, чего от нее хочет учительница.

На терапевтической сессии психотерапевт спросил Терезу о доказательствах того, что она не сможет выжить, если ее муж умрет. Она рассказала о зрительных воспоминаниях, когда несколько лет назад съехала из родительского дома и впервые в жизни ночевала одна в квартире, чувствуя себя грустной, одинокой и чрезвычайно подавленной.

Образы-метафоры

Иногда у клиентов возникают спонтанные образы, которые являются метафорическими по своей природе. Митчелл рассказал: “Когда я думаю о попытках внести изменения в свою жизнь, это похоже на то, как будто я бегу в стену”. Действительно, он видел, как он, больно ударившись, отскакивает от высокой кирпичной стены, которая стоит перед ним. Карла рассказала своему психотерапевту о невыносимой душевной боли, которую она испытывала в течение недели, и сказала: “Я чувствовала, что тону”. Расспросив ее более детально, психотерапевт выявил, что у Карлы был образ погружения в глубины бездонного озера.

Выявление предположений

Как описано в главе 2, предположения могут быть ситуационно-специфичными (“Когда я пытаюсь заставить детей сделать это (принять больше ответственности за дом), это просто не срабатывает, они не слушают меня”). Предположения также могут быть более глубинными и общими (“Если я попытаюсь повлиять на других, я потерплю неудачу”). Предположения, такие как эти два, являются прогностическими.

Кроме того, предположения могут быть непосредственно связанными с глубинным убеждением ("Если я не смогу заставить людей слушать меня, это покажет мою слабость").

Как описано в предыдущих главах, "трудные" клиенты часто имеют дисфункциональные предположения как о возможности изменений вообще, так и в отношении изменений в психотерапии, терапевтическом процессе и самом психотерапевте.

- "Если я попытаюсь измениться, меня ждет провал".
- "Если я буду чувствовать себя лучше, моя жизнь ухудшится".
- "Если я буду обсуждать то, что меня расстраивает, я буду перегружен".
- "Если я последую за моим психотерапевтом, это покажет, что я слаб".

Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления предположений

Большинство предположений довольно легко выявить: клиенты выражают их прямо (например, "Если я не буду назойливой, мой муж никогда ничего не будет делать") Или психотерапевт может использовать одну из следующих техник.

Незаконченные предположения

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подводя итог*) Итак, вы чувствуете себя плохо, когда думаете о том, что не можете помочь в приюте?

КЛИЕНТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что, "если я не смогу помочь в приюте, то..." Что это означает для вас? Или что может случиться?

КЛИЕНТ: Я подведу их.

Психотерапевт может решить уйти глубже и продолжать задавать вопросы, чтобы искать смысл в предположениях клиента ("И если вы их подведете, это означает...") до тех пор, пока не будут выявлены глубинные убеждения.

Другие стратегии представлены ниже.

Работа с сутью высказывания

Как только психотерапевт выявит паттерн дисфункционального поведения, полезно попросить клиента дополнить предположения, которые включают в себя это поведение.

- **"Если я (применю свою копинг-стратегию), то... (что хорошего произойдет или что это будет означать?)".**
- **"Если я не буду (применять свою копинг-стратегию), то... (что плохого произойдет или что это будет означать?)".**

Например, психотерапевт помог Патрисии выявить как подвид предположения (предсказание), так и более общее предположение, связанное с ее глубинным убеждением.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Патрисия, как бы вы ответили на это: если мне придется заниматься обыденными делами, такими как стирка, мытье посуды, чистка ванной комнаты, что плохого произойдет?

ПАТРИСИЯ: Я буду подавлена, обессилена, работа будет казаться бесконечной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что это значит для вас — заниматься обыденными делами?

ПАТРИСИЯ: Я почувствую себя маленькой, пойманной в ловушку.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*собирая данные, чтоб увидеть, является ли предположение ситуационно-специфическим или более глубинным*) Вы чувствуете себя так, занимаясь любыми домашними делами?

ПАТРИСИЯ: Большинством дел. (*Думает.*) Кроме выпечки, приготовления пищи. Мне нравится это делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, выполнение дел, которые вы считаете обязательными, но которыми не любите заниматься, является для вас проблемой?

ПАТРИСИЯ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А дела вне дома? Похожие ощущения?

ПАТРИСИЯ: Да, я всегда себя так чувствовала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, если я делаю то, что делать не хочу, значит, я маленькая и пойманная в ловушку. Верно?

ПАТРИСИЯ: Да, я так думаю.

Преобразование установок и правил в предположения

Как было описано в главе 2, легче концептуализировать и проверять убеждения среднего уровня, представленные предположениями, чем установки и правила. Кроме того, предположения часто помогают проявлять связи между копинг-стратегиями и глубинными убеждениями. Установка Лизы была следующей: "Это ужасно – огорчать людей", и ее правилом было "Я никогда и никого не должна огорчать". Ее психотерапевт спросил о том, что означает для нее "огорчать людей". И Лиза ответила: "Если я их огорчу, они могут сделать мне больно".

Выявление глубинных убеждений

Глубинные убеждения могут быть выявлены различными способами, как описано ниже. Важно признать, что выявление глубинных убеждений может быть весьма болезненным для клиентов. Психотерапевты могут осторожно выявить эти убеждения на раннем этапе терапии, чтобы помочь себе концептуализировать клиентов, но нужно позаботиться о том, чтоб клиенты не почувствовали угрозы для себя в связи с этим.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления глубинных убеждений

Психотерапевты могут использовать различные техники для выявления глубинных убеждений клиентов. Они могут опрашивать клиентов о значении их мыслей; проверять их предположения; определять, когда глубинные убеждения выражены в виде автоматических мыслей; предлагать список глубинных убеждений (см. главу 2).

Опрос клиентов о значении их мыслей

Психотерапевты могут исследовать темы, включенные в автоматические мысли клиентов в разных ситуациях и в разное время, и задавать вопросы о значении их мыслей.

“Если эта автоматическая мысль верна, то... ”

- **“...что это означает?”**
- **“...что наихудшее в этой ситуации?”**
- **“...что в этом плохого?”**
- **“...что это означает для вас лично?”**
- **“...что это говорит о вас?”**
- **“...что это говорит о людях или о мире?”**

Если клиент испытывает трудности, отвечая на эти вопросы, психотерапевт может высказать предположение, основанное на выявленных им паттернах мышления клиента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если ваш брат действительно обвиняет вас в том, что вы не помогаете своим родителям, то что это значит?

КЛИЕНТ: (*Пауза.*) Я не уверен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что самое ужасное в этой ситуации?

КЛИЕНТ: (*Пауза.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возможно ли, что вы думаете, что он прав? Что его обвинения заслуженные?

КЛИЕНТ: Да, да. (*Смотрит вниз.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это означает, что вы плохой?

КЛИЕНТ: (*шепотом*) Да.

Проверка предположений

Иногда клиенты делают дезадаптивные предположения, которые ситуационно-специфичны и не глубоко укоренены в их глубинных убеждениях. Эти предположения зачастую легко видоизменить. В других случаях неадаптивные предположения клиентов отражают более общее глубинное убеждение, что затрудняет изменение таких предположений. Сравните двух клиентов, оба из которых придерживаются предположения “Если я установлю границы в отношениях с моим другом, он охладеет ко мне”.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, Роберт, если бы ваш друг больше не хотел с вами общаться, что бы это означало?

РОБЕРТ: Он не захочет больше быть рядом со мной. Я потеряю его как друга.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если вы потеряете его как друга, что это будет означать?

РОБЕРТ: Я больше не смогу с ним "зависать". Мне с ним действительно очень весело. Я его потеряю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что бы это говорило о вас, если бы вы потеряли его как друга и у вас не было бы с кем "зависать" и веселиться?

РОБЕРТ: Думаю, мне придется больше "тусовать" с другими друзьями.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это говорит о вас что-нибудь плохое, если вы потеряете его как друга?

РОБЕРТ: (*без особых эмоций*) Нет, я так не думаю.

У Роберта не было глубинных убеждений, связанных с предположением, что его друг больше не захочет с ним общаться. У Мэрси, однако, они были.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мэрси, если ваш друг действительно больше не захочет с вами общаться, что это будет означать?

МЭРСИ: Что я его потеряю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если вы его потеряете как друга, что это будет означать?

МЭРСИ: (*тихим голосом*) Я больше никогда никого не найду.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что это означает для вас?

МЭРСИ: Что я... непривлекательная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы думаете, что у вас есть много того, что связано только с Брюсом?

МЭРСИ: Я постоянно это ощущаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Например?

МЭРСИ: Когда я нахожусь в кругу семьи, (*думает*) когда я на работе, в церкви.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда вы не чувствуете себя непривлекательной?

МЭРСИ: Я не знаю. Почти никогда. (*Думает.*) Может быть, когда я среди своих племянников.

В отличие от Роберта, Мэрси имела глубинное убеждение о том, что ее не любят, которое активизировалось, когда она хотела быть более ассертивной в отношениях со своим другом — и в бесчисленных других случаях.

Когда глубинные убеждения выражены в виде автоматических мыслей

Некоторые клиенты легко выявляют свои глубинные убеждения на раннем этапе терапии, особенно многие депрессивные клиенты, которые выражают свои глубинные убеждения в виде автоматических мыслей ("Я — неудачник, я — плохой, я чувствую себя бесполезным"). Психотерапевты могут определить, являются ли эти мысли глубинными убеждениями, выяснив, относятся ли они к обобщенным идеям или к ситуационно-специфичным, как показано в приведенном выше примере.

Категоризация неоднозначных глубинных убеждений

Некоторые клиенты высказывают настолько общие глубинные убеждения о себе, что их нелегко категоризировать без дополнительных вопросов: "Со мной что-то не так", "Я недостаточно хорош", "Я ошибаюсь". Чтобы лучше их концептуализировать, психотерапевты могут задавать вопросы, которые помогут отнести глубинные убеждения клиентов к категориям беспомощности, непривлекательности или бесполезности.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если люди не приходят к вам на вечеринку, что это значит?

КЛИЕНТ: Что они меня игнорируют. Они не хотят говорить со мной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если они действительно не хотят говорить с вами, как это вас характеризует?

КЛИЕНТ: Со мной что-то не так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если с вами что-то не так, что было бы хуже всего? То, что вы не так *хороши*, как другие люди [убеждение в неполноценности из категории беспомощности], что вы никогда не познаете *любовь и близость*, которые хотите иметь [убеждение из категории нелюбви], или что вы *плохой и недостойный*?

КЛИЕНТ: Я не так хорош, как они. Они интересны, у них отличная работа, большинство из них женаты, у некоторых даже есть дети.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А вы?

КЛИЕНТ: У меня нет всего этого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что это говорит о вас?

КЛИЕНТ: Что я им уступаю, что я хуже.

Проблемы в выявлении глубинных убеждений

Когда стратегии, описанные выше, оказываются неэффективными, может быть очень сложно выявить глубинные убеждения клиентов, особенно если они боятся испытать отрицательные эмоции или предполагают, что психотерапевт может причинить им вред. Когда их спрашивают о значении их мыслей, эти клиенты могут продолжать сосредоточиваться на более поверхностных автоматических мыслях или выглядеть озадаченно и говорить "Я не знаю". У них могут быть гипотезы о своих глубинных убеждениях, но они чувствуют себя слишком уязвимыми и расстраиваются, когда об этом нужно говорить, поэтому избегают дальнейшего обсуждения. Когда это происходит, психотерапевт должен быть осторожен и деликатен в своих действиях.

Выводы

Клиенты могут испытывать трудности с выявлением своих автоматических мыслей, образов, предположений и глубинных убеждений по ряду причин. Как и в случае с другими трудностями, психотерапевты должны выяснить, почему возникла проблема: из-за неэффективного применения стандартных техник или потому, что стоило применить альтернативные стратегии, которые учитывали бы дисфункциональные убеждения клиентов относительно выражения своих отрицательных когниций.



Глава 11

Сложности при изменении мыслей и образов

Важной частью когнитивной терапии является изменение когниций клиентов с целью добиться также эмоциональных, поведенческих и физиологических изменений. Когнитивные терапевты часто начинают работать на уровне автоматических мыслей, потому что этот поверхностный уровень когниций более податлив для изменений, чем лежащие в его основе промежуточные и глубинные убеждения. Модификацию глубинных убеждений следует проводить как можно быстрее, поскольку, как только клиенты начинают испытывать фундаментальные изменения в своих искаженных взглядах на себя, на мир и на людей, у них, как правило, снижается количество искаженных мыслей, улучшается эмоциональное самочувствие, поведение становится более функциональным. Однако попытка помочь некоторым "трудным" клиентам оценить их убеждения в начале лечения часто оказывается безуспешной.

Например, у Робин есть глубинные убеждения в своей беспомощности и в том, что люди будут ее критиковать и отвергать. Если бы психотерапевт мог помочь ей изменить эти убеждения на первой сессии, Робин сразу поверила бы, что она нормальная, хорошая и что окружающие будут доброжелательны и примут ее, и у нее было бы гораздо меньше негативных мыслей о себе и гораздо меньше страхов по поводу

того, как ее будут воспринимать и общаться с ней. Тогда она, вероятно, будет придерживаться более функционального поведения, и ее настроение улучшится. Тем не менее глубинные убеждения Робин настолько ценки, что о них не имеет смысла начинать разговор. Если психотерапевт слишком рано начнет помогать ей оценивать негативный образ "Я", Робин может запутаться, начать беспокоиться или подумать, что психотерапевт ее не понимает, преследует гнусные цели либо же наивен и некомпетентен.

Некоторые автоматические мысли и воображаемые образы клиентов, в процессе терапии которых возникают трудности, относительно легко модифицируются; некоторые из них, особенно те, которые более тесно связаны с опасениями клиентов, требуют большего внимания. Первая часть этой главы посвящена стандартным стратегиям и их видоизменениям, применение которых на сессии помогает клиентам изменить свои автоматические мысли. Затем приводятся типичные убеждения, которые побуждают клиентов сопротивляться изменению их мыслей. Во второй части главы рассматривается изменение автоматических мыслей *между* сессиями.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения автоматических мыслей

"Трудные" клиенты, склонные к когнитивному или поведенческому избеганию, могут испытывать десятки или сотни автоматических мыслей в течение недели. Психотерапевты нуждаются в хорошей рабочей концептуализации (см. главу 2), чтобы совместно с клиентами решать, на каких проблемах сосредоточиваться на данной сессии, чтобы по ходу обсуждения проблемы, с которой связано относительно немного автоматических мыслей, попытаться их изменить.

Подготовка к оцениванию

Прежде чем начать помогать клиентам в оценивании их мышления, психотерапевтам следует убедиться, что оно направлено на *ключевые* автоматические мысли и что клиенты в достаточной степени до сих пор убеждены в них. Психотерапевтам также следует помнить, что значительные когнитивные изменения могут не произойти, если слабо выражены аффективные переживания клиента, связанные с проблемой.

Выбор ключевых автоматических мыслей

Выбирая автоматические мыли (или образы) для оценки совместно с клиентом, психотерапевты должны установить, какие из десятков, сотен автоматических мыслей, которые посещали клиентов в течение недели, наиболее важно изменить. В качестве альтернативы психотерапевт и клиент могут сосредоточиться на ключевых автоматических мыслях, которые предположительно могут возникнуть у клиента на следующей неделе. Желательно выбирать мысли, которые:

- связаны с проблемой, которая решается на сессии;
- наиболее типичны для клиента;
- существенно искажены или дисфункциональны;
- отражают важные глубинные убеждения;
- связаны с выраженным отрицательным аффектом (*J. Beck, 1995*).

Определение степени убежденности в автоматической мысли

Прежде чем оценивать автоматическую мысль, психотерапевты должны задать клиенту следующие вопросы.

- **"Насколько вы верите в это [автоматическая мысль] сейчас?"**
- **"Насколько вы верите в это интеллектуально? Насколько эмоционально?"**

Если степень убежденности относительно низкая как на интеллектуальном, так и на эмоциональном уровнях, психотерапевт может просто спросить клиента о следующем.

- **"Как бы вы могли отреагировать на эту мысль?"**
- **"Как вы *сейчас* ее воспринимаете?"**

Если клиент уже изменил свое мышление, дальнейшая когнитивная реструктуризация может не потребоваться. Например, Марлен была очень расстроена, когда поняла, что ей нужно будет рассказать сыну, что она не сможет присмотреть за его детьми на следующей неделе, потому что у нее назначен визит к врачу. Ее ключевые автоматические мысли на прошлой неделе были такими: "Я должна сделать это

для него. Он рассчитывает на меня. Я действительно его расстроила". К счастью, психотерапевт проверил вместе с ней и узнал, что она уже не особенно верила своим мыслям и признала, что ей не нужна его помощь.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы сейчас верите в то, что должны выполнить просьбу сына вместо того, чтобы посетить врача, и в то, что расстраиваете его?
>
> МАРЛЕН: Не так сильно, я полагаю.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как теперь вы видите ситуацию?
>
> МАРЛЕН: Это в порядке вещей, это не так плохо. Я уже очень много раз сидела с его детьми. И это не то чтобы я отменяла ради похода в кино или чего-то в этом роде.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это хорошо. Я рад, что вы пересмотрели ситуацию.

Затем психотерапевт концептуализировал, что лучше потратить их с Марлен время на те автоматические мысли или проблемы, которые приносят клиентке больший дистресс.

Необходимость в выраженности отрицательного аффекта

Отрицательный аффект клиента может быть невыраженным, если:

- клиент уже изменил свое мышление (как в случае с Марлен, описанном выше);
- клиент проявляет когнитивное избегание;
- дистресс клиента возникает непосредственно в тяжелой для него ситуации.

Психотерапевты, у которых есть клиенты, относящиеся к двум последним группам, должны усилить аффект клиентов, предлагая им представить себе ситуацию так, как будто она происходит прямо сейчас.

С другой стороны, иногда испытываемый клиентами аффект *слишком* сильный, чтобы оценивать их мышление. Обычно их глубинные убеждения сильно активизируются на сессии. Психотерапевту, возможно, потребуется сменить тему или побудить клиента использовать техники релаксации, замедленного дыхания или отвлечения внимания, пока клиент не успокоится настолько, что сможет вернуться к изначальной автоматической мысли.

Использование стандартных вопросов

Основная техника, которая используется психотерапевтами, чтобы помочь клиентам изменить свое мышление, — это сократический диалог. Психотерапевты часто прибегают к следующим основным вопросам — или их вариациям, — чтобы помочь клиентам самостоятельно оценить свое мышление.

- **"Каковы доказательства того, что эта мысль верна? Каковы обратные доказательства: что эта мысль может быть неверной или не до конца верной?"**
- **"Какие есть альтернативные объяснения или другой способ взглянуть на эту ситуацию?"**
- **"Какое когнитивное искажение я мог допустить?"**
- **"Что самое худшее может произойти в этой ситуации (и при необходимости, как я могу *совладать* с ней, если она возникнет)? Что самое хорошее может произойти? Какой самый реалистичный результат?"**
- **"Каково воздействие веры в автоматическую мысль? Что может произойти, если я изменю свое мышление?"**
- **"Что бы я сказал (своему другу или члену семьи), если бы он был в такой же ситуации и у него возникала такая мысль?"**
- **"Что я должен делать сейчас?"**

Эти вопросы описаны в книге *Когнитивная терапия: полное руководство* (*J. Beck, 1995*) и приведены в нижней части "Дневника автоматических мыслей" (*J. Beck, 2005*). Обратите внимание, что не все из этих вопросов могут быть применимы к конкретной автоматической мысли. Кристи, например, подумала: "Я не хочу вставать и начинать свой день". Эта мысль была явно правдивой, поэтому ее психотерапевт задал ей лишь первые три вопроса.

Использование других типов вопросов и техник

Иногда психотерапевты нуждаются в техниках, которые помогли бы клиенту сформировать более функциональный подход. Люси очень тревожилась по поводу вечера знакомств в ее церкви. У нее было множество автоматических мыслей: "Что если я там никого не знаю? Что

если я не буду знать, что сказать? Что если я покраснею и буду заикаться? Что если я глупо говорю?" Психотерапевт использовала сократический диалог, чтобы помочь ей оценить свои мысли и отреагировать на них. Психотерапевт констатировала, что тревога Люси гораздо более очевидна для нее самой, чем для других. И что Люси на самом деле знает, что нужно сказать; она просто чувствует себя подавленной. После этого разговора Люси почувствовала снижение тревоги. Но ее следующая автоматическая мысль была такой: "Если я расскажу о себе, они подумают, что я тщеславна". Психотерапевт помогла Люси оценить эту мысль и отреагировать на нее, используя стандартные вопросы.

- **"Откуда вы знаете, что они будут считать вас тщеславной? У вас был богатый опыт, из которого вы точно знаете, что люди считают вас тщеславной? Или вы на самом деле довольно скромны?"**
- **"Возможно ли, что люди найдут вас интересной и приятной, но не тщеславной?"**
- **"Не ошибаетесь ли вы, пытаясь угадывать?"**
- **"Что самое худшее может произойти, если люди сочтут вас тщеславной? Что бы вы могли сделать, если бы это произошло? Что в этой ситуации самое лучшее может случиться? Какой самый реалистичный результат в этой ситуации?"**
- **"Каково воздействие убеждения в том, что люди сочтут вас тщеславной? Что может случиться, если вы измените свое мышление?"**
- **"Если бы ваша подруга Дафна была в этой ситуации и думала бы так же, как и вы, что бы вы ей сказали?"**
- **"Как вы думаете, что вам следует делать?"**

Существует множество других способов, с помощью которых психотерапевт мог бы выйти на автоматическую мысль Люси. Например, она могла бы задавать *убеждающие* вопросы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, там все одиноки и приходят с намерением познакомиться?

ЛЮСИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, они не собираются злиться или заставлять кого-то чувствовать себя некомфортно?

ЛЮСИ: (*Думает.*) Думаю, нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А много в вашей церкви озлобленных и придирчивых людей?

ЛЮСИ: О, нет. Это довольно приятное место.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возможно ли, что там будут другие застенчивые люди?

ЛЮСИ: Думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если бы вы подошли к кому-то и начали разговор, думаете, его это стало бы раздражать или же он был бы *рад*, что кто-то им заинтересовался?

ЛЮСИ: Возможно, все будет в порядке.

Психотерапевт могла бы предложить *альтернативный подход.*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вы прогнозируете, что люди будут считать вас тщеславной, если вы заговорите о себе. (*Пауза.*) Интересно, Люси, а может ли произойти *обратное*? Вы встречаете там парня, задаете ему несколько вопросов, чтобы показать, что заинтересованы в нем как в личности. И если ему не очень хорошо удается задавать вам вопросы о вас, вы сглаживаете разговор, предоставляя информацию о себе: как долго вы участвуете в жизни церковной общины, что вам нравится в церкви, где вы работаете... и другие подобные вещи. (*Пауза.*) Возможно, вместо того чтобы рассматривать вас как *тщеславного* человека, он был бы *благодарен* за то, что вы начали разговор, особенно если он *сам* немного застенчив. (*Пауза.*) Как вы думаете?

Она также могла бы *заострить* эту мысль, чтоб указать на ее искажение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, вы правы в том, что не хотите *подавлять* или *доминировать* в течение всего разговора, рассказывая, какая вы замечательная, но, честно говоря, Люси, способны ли вы на это? Я думаю, нам пришлось бы для этого полностью переделать всю вашу личность, чтобы вы стали нарциссической и говорили самоуверенно. (*Пауза.*) Как вы думаете, я права?

Психотерапевт Люси могла бы использовать *самораскрытие.*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы знаете, когда я разговариваю с людьми, мне становится неуютно, если я сама должна полностью вести бе-

седу. Даже если собеседники кажутся заинтересованными и задают мне много вопросов, это ощущается как дисбаланс, если они не проявляют инициативу в том, чтобы самим рассказать побольше о себе. Мне нравится, когда они тоже говорят о себе, если, конечно, они полностью не монополизируют разговор. (*Пауза.*) Что вы думаете об этом?

Психотерапевт могла бы нарисовать *рисунок* (рис. 11.1), чтобы помочь Люси понять свои слова.

Вообще не говорить о себе	(«Золотая середина»)	Полностью доминировать в разговоре

Рис. 11.1. Континуум разговора

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понимаете, я думаю, что большинству людей не очень удобно, когда другой человек находится на том или ином конце континуума. То, к чему стоит стремиться, — это "золотая середина".

Психотерапевт также может выйти на эту мысль *экспериментально*. Она может предложить Люси сыграть роль мужчины, с которым она могла бы встретиться на церковном вечере и на реакцию которого обращала бы внимание, в то время как психотерапевт взяла бы на себя роль самой Люси. В первой ролевой игре психотерапевт в роли Люси была очень тихой, неохотно предоставляла информацию о себе и задавала простые вопросы тихим голосом, не устанавливая зрительного контакта. Во второй игре психотерапевт играла роль Люси в более общительной и активной манере. По окончании они обсудили, насколько более предпочтительным оказался второй вариант игры.

Психотерапевт могла бы проделать с Люси работу с ее *образами*, описанную ниже в этой главе, выявляя ее угнетающие представления о том, что может случиться в церкви, и заменяя их более реалистичными образами.

Психотерапевт Люси также может быть явно позитивной и *поддерживающей*.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, Люси, я думаю, люди на этом вечере были бы очень рады, если бы вы с ними заговорили. Вы такой милый человек!

Наконец, Люси и ее психотерапевт могли бы разработать *поведенческий эксперимент* в качестве домашнего задания, который обещал бы

быть весьма успешным. Прежде чем пойти на вечер, организованный церковной общиной, Люси должна будет перечитать свои терапевтические заметки (выводы из сессии и инструкции по поведению). Затем Люси должна попытаться поговорить с двумя людьми, чтобы проверить свое убеждение, что она будет казаться тщеславной. Вернувшись домой, она должна оценить степень точности своих автоматических мыслей, используя руководство, которое она и психотерапевт разработали на сессии (учет тона голоса собеседника, выражения лица и языка тела, чтобы судить о том, были ли у него положительные или нейтральные реакции на нее либо же откровенно негативные). На всякий случай, если поведенческий эксперимент окажется не совсем удачным, терапевтические заметки напомнили бы Люси, что может потребоваться больше практики (на терапевтических сессиях) для сближения с людьми и разговора с ними. В случае, если бы она пережила отрицательный результат, ее психотерапевт на следующей сессии занялась бы выяснением и оценкой сделанных ею выводов, чтоб убедиться, что глубинные убеждения Люси не были усилены.

Проблемы в изменении автоматических мыслей

Трудности в том, чтобы помочь клиентам изменить свое мышление, могут возникнуть, когда клиенты не верят, что их мысли искажены, и не испытывают облегчения после их оценки и реагирования на них. Эти две проблемы будут обсуждаться ниже.

Клиенты не верят, что их мысли искажены

Прежде всего, важно признать, что мысли клиентов могут быть полностью правильными и что первоочередная терапевтическая цель заключается в том, чтобы научиться достоверно оценивать их мысли. Иногда полезно дать клиентам список когнитивных искажений с примерами (*J. Beck, 1995*) и спросить их, знакома ли им какая-то из ошибок мышления. Также может быть полезно попросить клиентов вспомнить о случаях, когда их мысли оказались ошибочными. (Большинство клиентов, например, делали тревожные предсказания, которые не оправдались.)

Если клиенты убеждены в абсолютной верности своей мысли, несмотря на то что факты свидетельствуют об обратном, их автоматические мысли могут быть и глубинными убеждениями. Например, когда

Хью валялся в постели по утрам, он неоднократно думала: "Я неудачник". Эта мысль не была специфической только для одной ситуации (например, "Я неудачник, потому что у меня нет работы"). Эта когниция была не только автоматической мыслью, но и жестким, фиксированным, предельно общим глубинным убеждением, которое требовало последовательных шагов для изменения. Изначально психотерапевт Хью обозначил эту когницию как глубинное убеждение и помог ему выработать реакцию совладания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я вижу, насколько сильна ваша вера в идею, что вы неудачник. На самом деле кажется, что это не просто мысль, это действительно глубинное убеждение. И это заставляет вас чувствовать себя несчастным! (*Пауза.*) Интересно, в следующий раз, когда у вас появится такая мысль, могли бы вы напомнить себе: "Неудивительно, что я чувствую себя неудачником. Я подавлен. Эта идея может быть не такой верной, как мне кажется. И психотерапия может помочь мне идти своим путем". (*Пауза.*) Это звучит хорошо?

ХЬЮ: Я мог бы попробовать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет того, что вы запишете что-то подобное на карточке? Как бы вы хотели это сформулировать?

Клиенты не испытывают облегчения после оценки своих мыслей и реагирования на них

Клиенты могут не испытывать облегчения, если психотерапевт не помог им выявить автоматические мысли и образы, которые были центральными в их трудностях. Например, Анна говорит, что очень боялась идти на собеседование по поводу работы воспитателем в детском саду. Она и психотерапевт оценили эту мысль: "Работодатель увидит, насколько я тревожна и подавлена, и откажет мне". Исследование аргументов за и против этой мысли и проигрывание собеседования в ролях помогли лишь немного снизить ее стресс. Позже психотерапевт обнаружил, что Анна имеет еще одну автоматическую мысль: "Если я получу работу, я буду перегружена обязанностями. Я не буду знать, что делать. Я сделаю что-нибудь неправильно и могу навредить детям". Она представляла себе образ того, как ребенок упал с качелей и так повредил голову, что из нее течет кровь. Ее беспокойство по поводу того, что может случиться на работе, подпитывало ее тревогу в отношении собеседования.

Клиенты также могут не испытать облегчения, если изменят свое мышление на интеллектуальном, но не на эмоциональном уровне. Важно, чтобы психотерапевты спрашивали клиентов, насколько те верят в свою мысль на обоих уровнях. Иногда клиенты могут отображать это несоответствие в ответах "да, но": "Да, я вижу, что все будет в порядке, когда я вернусь к работе, но внутри я так не чувствую"; "Да, я могу понимать разумом, что я не такая уж плохая мать, но почему-то так не чувствую". Полезно попросить клиентов провести диалог между своими интеллектуальной и эмоциональной сторонами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вы все еще считаете, что вы — плохая мать? Что говорит вам внутреннее чувство?

КЛИЕНТКА: Я должна была проводить больше времени с моими мальчиками.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит ваш разум?

КЛИЕНТКА: Я сделала все, что могла. Я была матерью-одиночкой, получала счета, которые нужно было оплачивать, испытывала много стресса в жизни.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит внутренний голос?

КЛИЕНТКА: Каким-то образом я должна была поступать иначе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит разум?

КЛИЕНТКА: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может, вам стоит напомнить себе о том, что вы сказали раньше, что во всех важных отношениях вы были прекрасной матерью, не идеальной, но такой никто и не был, даже ваша сестра (*Пауза.*) О чем это вам говорит?

КЛИЕНТКА: (*думает*) Я не знаю. Наверное, я верю в это.

Дисфункциональные убеждения об изменении автоматических мыслей

"Трудные" клиенты часто делают дисфункциональные предположения об изменении своих мыслей (см. клинические случаи из предыдущих глав), которые связаны с установлением целей, сосредоточением на проблеме или выявлением когниций. Эти предположения могут быть связаны, например, с опасениями по поводу решения проблем и улучшения ("Если я исправлю свое мышление, то почувствую себя луч-

ше, но если мне станет лучше, произойдет что-то плохое"). Или клиенты могут бояться узнать, что их мысли действительно верны. Или они могут придавать особое значение выяснению того, что их мысли неверны или не совсем верны ("Если мои мысли ошибочны, это означает, что я плохой и неполноценный").

Трудно помочь клиентам эффективно реагировать на свои автоматические мысли, когда они проявляют когнитивное избегание, поскольку значительное когнитивное изменение происходит лишь при условии отрицательного аффекта. Психотерапевты часто должны применять техники, описанные в предыдущей главе, чтобы усилить аффект клиентов.

Нежелание оценивать свое мышление может быть также связано с трудностями в терапевтическом альянсе: "Если мой психотерапевт помогает мне понять, что мои мысли ошибочны, значит, он превосходит меня, а я хуже", "Если психотерапевт подвергает сомнению обоснованность моих мыслей, он не уважает меня как личность". Психотерапевт отметил, что Гордон несколько раз был взволновал, когда терапевт использовал сократический диалог, чтобы помочь ему оценить свою негативную мысль о том, что его соседи смотрят на него пренебрежительно.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Гордон, похоже, вам не очень это помогает.
>
> ГОРДОН: Нет, нет, это не так.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете мне сказать, почему это вам надоедает?
>
> ГОРДОН: (*Думает.*) Это как будто вы говорите мне, что я не прав.
>
> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Извините, если я постоянно возвращаюсь к этому. Считаете ли вы, что было бы полезнее, если бы мы поговорили о том, как вы могли бы себя вести со своими соседями? Как вы могли бы показать, что они бессильны по отношению к вам?
>
> ГОРДОН: Да, наверное.

После практического решения проблем психотерапевт вернулся к процессу когнитивной реструктуризации.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Гордон, позвольте мне кое о чем вас спросить. Понимаете, мы говорили о том, как некоторые ваши мысли на 100% верны, но, поскольку вы *подавлены*, некоторые из ваших мыслей неверны или *не совсем верны*. (*Пауза.*) Например, оказалось,

что не совсем верно то, что вы не справляетесь с домашними делами. На самом деле вы делаете что-то каждый день, *даже если подавлены*. Например, открываете почту, готовите еду, моете посуду. Верно?

ГОРДОН: (*осторожно*) Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если вы поймете, что справляетесь с домашними делами успешнее, чем полагали, почувствуете ли вы себя немного лучше?

ГОРДОН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но разве так плохо, если вы обнаружите, что некоторые ваши мысли неправильны?

ГОРДОН: (*Думает.*) Да. Видите ли, мой папа всегда меня перебивал, говорил, что я ошибаюсь. Он был таким противоречивым. Независимо от того, что я говорил, он придерживался противоположного мнения. Если я говорил, что на дворе хороший день, он отвечал: "Нет, слишком жарко". Если я говорил, что думаю, что "Иглс" выиграют футбольный матч, он отвечал "Ну, я надеюсь, ты понимаешь, что они все равно ужасная команда".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что вы никогда не сможете победить.

ГОРДОН: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, я рад, что вы мне об этом сказали. Хорошо, вот в чем заключается проблема. Если я буду во всем с вами соглашаться, я не смогу быть вам полезен. Я никогда не помогу вам преодолеть депрессию, если соглашусь с вами, что вы неудачник, что никогда ничего не делаете надлежащим образом.

ГОРДОН: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но когда я пытаюсь помочь вам понять, правильны ли ваши мысли, вы чувствуете себя плохо, как будто я говорю вам, что вы не правы. Что, в каком-то смысле, я и *делаю*.

ГОРДОН: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, я думаю, есть две вещи, которые мы можем сделать. Могу я поделиться ими с вами? Тогда вы сможете увидеть, думаете ли вы, что они сработают, или, может быть, у вас тоже появятся идеи.

ГОРДОН: Да, хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Моя первая мысль: как насчет того, что я дам вам список вопросов, которые вы зададите *себе*, когда у вас появятся автоматические мысли. Возможно, если вы возьмете на себе инициативу в оценке своего мышления, вы будете чувствовать себя лучше.

ГОРДОН: (*медленно*) Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Моя вторая идея: может быть, когда вы осознаете, что у вас есть негативные мысли, вы сможете сказать себе: "Возможно, это не совсем так. Может быть, это как голос моего отца в голове, заставляющий меня думать о себе плохо". (*Пауза.*) Подобно этой мысли: "Никто дома не хочет иметь со мной ничего общего". Это звучит так, как сказал бы ваш отец? Возможно ли, что эта мысль не совсем верна?

ГОРДОН: (*думает*) Я... я не уверен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возможно, мы могли бы взять еще несколько примеров из того, о чем говорили раньше. Ваш отец посмотрел бы на кучу ваших счетов и сказал бы вам, что вы неудачник? Будет ли он критиковать вас за "лысые" шины?

ГОРДОН: Да, да, он бы сказал эти вещи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, просто подведем итог. Вы можете обнаружить, что некоторые из ваших негативных мыслей верны, и тогда мы будем решать проблемы. Но если вы поймете, что некоторые из ваших мыслей *не* верны, может быть, вы сможете напомнить себе, что они подобны постоянным укорам со стороны вашего отца, и *хорошо* бы понимать, что они не верны.

ГОРДОН: Да, полагаю.

Наконец, недостаточно лишь помогать клиентам *изменять* свое искаженное мышление — психотерапевт должен поощрять их *напоминать* себе о новом подходе в течение оставшейся части недели и в будущем. Как упоминалось ранее, для клиентов важно, чтоб они забирали с собой домой терапевтические заметки, карточки, аудиозаписи, которые напоминали бы им о том самом важном, что им нужно делать на следующей неделе.

Проблемы в изменении мыслей между сессиями

Клиенты могут испытывать трудности с оценкой своих мыслей и реагированием на них вне терапевтических сессий из-за практических проблем или вмешивающихся когниций.

Практические проблемы

Клиенты испытывают сильный дистресс

Как упоминалось ранее, если уровень отрицательных эмоций клиентов слишком высок, они не могут оценить свои мысли и отреагировать на них. Им может потребоваться отвлечение внимания, выполнение упражнений на релаксацию, вовлечение в продуктивное поведение или разговор с людьми, чтобы их эмоции ослабели достаточно для эффективного реагирования на собственные мысли.

Клиенты могут быть не в состоянии подвергнуть сомнению обоснованность своих мыслей, заполняя "Дневник автоматических мыслей" (*J. Beck, 2005*), особенно на начальном этапе терапии, когда они испытывают сильный дистресс. Им гораздо легче перечитывать терапевтические заметки, составленные на сессии совместно с психотерапевтом, которые содержат выверенные реакции на их типичные автоматические мысли.

Стандартизированный инструментарий неприменим

Рабочие листы, такие как "Дневник автоматических мыслей", слишком сложны для некоторых клиентов. Возможно, более полезно дать им стандартный список вопросов или только один-два вопроса, которые, по мнению психотерапевта, могут быть полезными. Кэндис, клиентка с генерализированным тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствами, часто предполагала ужасные последствия. Обычно она могла уменьшить свое беспокойство между сессиями, спросив себя "Что самое лучшее, что может случиться? Какой самый реалистичный результат?" Для Говарда было очень полезно задавать себе вопрос "Возможно ли, что эта мысль не совсем верна?" Джеймс достиг лучшего результата, когда спросил себя "Если бы мой брат думал так же, что бы я ему сказал?" Долорес часто чувствовала себя лучше, когда спрашивала себя "Что мой психотерапевт мог бы сказать об этом?"

Другая проблема может возникнуть у клиентов с навязчивыми мыслями. Вместо того чтобы использовать тот же "Дневник автоматичес-

ких мыслей", им следует обозначить свои мысли как обсессивные и продолжать действовать, не пытаясь изменить свое мышление. Дину постоянно беспокоят навязчивые мысли, даже когда ей приходится принимать несущественные решения о том, какую одежду носить, какую пищу готовить, какие планы на вечер строить, какие покупки совершать. В ее случае мало пользы было бы от следующей реакции на мысль: "Будет плохо, если я ошибусь (приму неправильное решение)". Для нее гораздо полезнее было бы научиться говорить "Это просто еще одна навязчивая мысль. Мне не нужно уделять этому слишком много внимания. Она заставляет меня думать, что это решение — вопрос жизни и смерти, а это не так. Я должна просто принять решение, исходя из практических соображений, — что легче будет сделать".

Ожидания клиентов завышены

Иногда клиенты обоснованно реагируют на свои автоматические мысли между сессиями, но не осознают своего успеха, поскольку ожидают полного *устранения* отрицательных эмоций. Нужно помнить о том, что даже 10%-ное снижение уровня дистресса означает, что реагирование на их мысли было полезным. (Конечно, многие клиенты найдут, что их отрицательные эмоции уменьшились на куда больший процент, чем этот.) Клиенты также должны знать, что может потребоваться значительные работа и усилия в течение определенного периода времени, чтобы изменить те автоматические мысли, которые тесно связаны с убеждениями.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, Джо, я не удивлен, что вы все еще верите, что стараетесь недостаточно. В конце концов, сколько раз в день вы говорили себе об этом только в прошлом году?

ДЖО: Много.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может, десятки раз за день? Похоже, должно пройти время, чтобы вы осознали, что то, что вы делаете, *имеет смысл* и вполне *достаточно*.

Дисфункциональные идеи по поводу когнитивной реструктуризации

Иногда клиенты сопротивляются попыткам изменить свои автоматические мысли или реагировать на них из-за дисфункциональных идей. Многие из этих идей были описаны в разделах, посвященных домашнему заданию, в главе 9. В следующем фрагменте стенограммы пси-

хотерапевт исследует мысли клиента о когнитивной реструктуризации и помогает клиенту реагировать на них.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, когда на этой неделе у вас возникали все эти отрицательные мысли, вы думали о том, чтобы отреагировать на них?

КЛИЕНТ: Да, но это оказалось слишком сложно. Я не хотел этого делать. Я просто хотел уснуть и почувствовать себя лучше, когда проснусь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы смогли это сделать? Вы уснули? Вам стало лучше, когда вы проснулись?

КЛИЕНТ: Нет, я все еще чувствовал себя паршиво.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Оглядываясь назад, вы думаете, что для вас было бы лучше или хуже перечитать те заметки, которые мы вместе составили?

КЛИЕНТ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас они есть сейчас? [Если нет, психотерапевт может дать клиенту ксерокопию]. Можете ли вы прочитать их сейчас вслух?

После того как клиент прочтет заметки вслух, психотерапевт задает вопросы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что вы думаете? *Если* бы вы смогли их перечитать и *если* бы поверили им, то чувствовали бы себя лучше, хуже или как сейчас?

КЛИЕНТ: Ну, думаю, так же или лучше. Не хуже.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можем ли мы поговорить о том, как вы можете заставить себя перечитывать их на этой неделе?

КЛИЕНТ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить себе, что сейчас вечер, время после ужина и вы знаете, что должны перечитать свои терапевтические заметки? Что происходит в вашей голове?

Ниже приводятся другие типичные мысли, которые могут препятствовать клиентам реагировать дома на свои автоматические мысли. Психотерапевты могут обсуждать эти мысли с клиентами и помогать им составлять своими словами терапевтические заметки.

Дисфункциональная мысль. Мне не нужно работать так много над своими автоматическими мыслями.
Адаптивный ответ. Хотелось бы, чтобы мне не нужно было ничего делать, но безделье сильно выбило меня из колеи. Я, вероятно, переоцениваю, насколько трудно это сделать. Я могу вытерпеть попытку продолжительностью в пару минут.

Дисфункциональная мысль. Мой психотерапевт должен меня исправить.
Адаптивный ответ. В глубине души я знаю, что он не может меня исправить, что только я сам могу помочь себе стать лучше, если приложу все усилия.

Дисфункциональная мысль. Я слишком беспомощный/некомпетентный, чтобы повлиять на свое настроение.
Адаптивный ответ. Иногда я мог повлиять на свое настроение. На самом деле я не узнаю, смогу ли я помочь себе чувствовать себя лучше, если не попытаюсь. Худшее, что произойдет, — это то (в соответствии с моими мыслями), что ничего не поможет вообще. Стоит рискнуть и попробовать.

Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения спонтанных образов

Как отмечалось в предыдущей главе, образы клиентов могут представать в виде предсказаний, метафор и воспоминаний. В книге *Когнитивная терапия: полное руководство* (*J. Beck, 1995*) описаны техники, которые используются для того, чтобы помочь клиентам изменить свои образы или их значение. Некоторые из этих техник приведены ниже.

Образы-предсказания

Хотя образы могут быть проверены посредством сократического диалога, клиенты часто испытывают дополнительное облегчение, когда учатся изменять образы, продолжать их описывать в более положительном ключе или представляют себе совладание со случившимся.

Изменение образа

Рэнди, клинический случай которого был кратко описан в предыдущей главе, испытывал сильную тревогу, когда у него возникали мысли об увольнении и образы на эту тему. Его уровень дистресса снизился, когда психотерапевт научил его проверять обоснованность своих мыслей и он осознал, что хотя и пропустил некоторые крайние сроки выполнения работы, в целом выполнил ее весьма качественно. Его тревога еще более снизилась, когда психотерапевт помог ему изменить свой образ. Первоначально он предполагал, что начальник вызовет его в себе в кабинет, резко отчитает за проваленную работу, попросит покинуть офис и никогда больше не возвращаться. Психотерапевт помог ему представить более реалистичный образ начальника, совместно с клиентом обсуждающего проделанную им работу, указывающего на ее положительные стороны и объясняющего, что следует улучшить.

Продолжать описывать образ в более положительном ключе

У Джастина возникал спонтанный образ того, как сильно он тревожится, идя по оживленной городской улице. Затем у него начинается паническая атака, и он падает в обморок. Психотерапевт задал ему вопросы, чтобы помочь продолжить описывать образ в более положительном ключе, пока он не окажется в безопасном месте.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, вы видите себя, лежащего на земле? (*Пауза.*) Что бы вы хотели представить из последующих событий?

ДЖАСТИН: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы хотите представить, что кто-то подходит к вам, чтоб оказать помощь?

ДЖАСТИН: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам хотелось бы, чтобы это был мужчина или женщина?

ДЖАСТИН: Я думаю, женщина.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, вы видите, как она присела рядом с вами. Что она говорит?

ДЖАСТИН: Я думаю, она говорит “Вы в порядке? Могу я вам помочь?”

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы отвечаете?

ДЖАСТИН: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, вы хотели бы представить, как вы встаете и говорите “Я думаю, все в порядке. Но не могли бы вы помочь мне найти место, где я мог бы присесть?”

ДЖАСТИН: Да, звучит хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И какое бы место вы хотели представить, где она вас нашла? Где-то поблизости?

ДЖАСТИН: Где-то, где не слишком людно. (*Думает.*) Может быть, вестибюль офисного здания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы видите, как она помогает вам встать? Вы видите, что она ведет вас в офисное здание? Что происходит потом?

Психотерапевт продолжает поощрять расширение образа Джастина, пока тот не почувствует себя намного спокойнее; в этом случае Джастин представляет, что он входит в офисное здание и садится на скамейку. Заботливая женщина приносит ему стакан воды. Затем Джастин едет домой, идет в гостиную и смотрит новости по телевизору. К этому моменту он представляет, что его тревога почти исчезла.

Представить себе совладание со случившимся

Мать Брайана была совсем больна, и он испытал дистресс, когда вообразил себя одиноким у ее постели, когда она умерла. Психотерапевт помог ему представить себе более реалистичную сцену. Он увидел, как его семья вошла в комнату, чтобы успокоить его. Затем он увидел, как разговаривает с медсестрой, чтобы понять, что нужно делать дальше. Он представил, как звонит лучшему другу, у которого недавно умер отец, чтобы спросить о похоронных бюро и узнать, что еще он должен сделать в этот день. Затем психотерапевт заставил его ускорить время, представляя похороны. Он попросил его описать, что происходит, о чем он думает и что чувствует. Он понял, что это будет мучительно больно, но что он переживет это событие. Затем психотерапевт попросил его представить себя через полгода. Брайан увидел, как вернулся к обычной жизни, испытывая боль, но не такую сильную, как раньше. Видя, как он может совладать с очень сложным опытом переживания смерти матери, Брайану удалось значительно улучшить свое самочувствие.

Образы-метафоры

Когда клиенты делают метафорические утверждения, часто полезно спросить их об образе и помочь им как-то его изменить. В какой-то момент психотерапии Митчелл сообщил, что испытывает полную безнадежность, как будто бежит в кирпичную стену. Психотерапевт попросил его описать, как выглядела стена. Затем спросил, как можно справиться с этим препятствием: как он может пройти под ним, вокруг него или через него. Митчелл ответил, что ему понадобится кувалда, чтобы прорваться. Его психотерапевт обсудил с ним, что представляет собой кувалда, и помог ему понять, что, возможно, это инструмент, который он создает по ходу своего лечения. Поскольку у него было всего несколько терапевтических сессий, навыки, которым он обучился, напоминают скорее небольшой деревянный молоточек ребенка. Тем не менее он может осваивать новые навыки неделя за неделей, пока молоточек не превратится в большую кувалду. Клиент почувствовал облегчение, а чувство безнадежности уменьшилось.

Психотерапевты часто могут использовать образы для расширения негативного метафорического образа в позитивном направлении. Карла периодически испытывала сильный дистресс, особенно когда у нее возникала мысль "Я тону", которая сопровождалась образом самой себя, погружающейся в глубины бездонного озера. Психотерапевт помог ей представить шлюпку со спасателями, которые оказывают ей поддержку в данный момент; они спасают ее, а затем учат плавать. Использование метафор для изменения убеждений проиллюстрировано в главе 13.

Образы-воспоминания

Беспокойные воспоминания часто состоят из отдельного события в некий момент времени. Клиенты помнят, что происходило с ними на пике их отрицательных эмоций, но на этом образ-воспоминание заканчивается — он не включает последующих событий, когда они прожили ситуацию и испытывают меньшую боль.

Кей иногда переживала тревожащие воспоминания о том, что случалось с ней в школе, когда ей было восемь лет. Группа девочек на детской площадке насмехалась над ее одеждой и "глупым акцентом". Кей чувствовала себя униженной. Спонтанно всплывая, визуальный образ случившегося включал в себя лишь ее огорчение. Этот мимолетный образ не включал относительно более положительных последующих событий: она вернулась в класс, сосредоточилась на учебе, а затем от-

правилась домой. Впоследствии, правда, эта группа девочек ее игнорировала. Несколько лет спустя, уже в средней школе, работая над стенгазетой, она познакомилась с ребятами, которые были доброжелательны по отношению к ней. Этот образ-воспоминание вызывал у клиентки большое беспокойство, пока психотерапевт не посоветовал ей вспомнить, что происходило сразу после этого события и впоследствии.

Когда Тереза обсуждала с психотерапевтом свой страх, что она выживет, а ее муж погибнет, она также сообщила об образе-воспоминании, которое оживляло ситуацию, когда она впервые в жизни ночевала одна в квартире. Она была настолько напугана, что после полуночи покинула свою новую квартиру и вернулась к родителям. Психотерапевт помог ей припомнить более широкую картину — что, в конце концов, она сняла квартиру вместе со своей подругой, с которой жила там в течение некоторого времени; и хотя ей никогда не нравился пережитый опыт, она все же смогла провести несколько выходных одна, когда соседка уезжала из города.

Выводы

Клиенты могут испытывать трудности при изменении своих автоматических мыслей по многим причинам. Когда только сократических вопросов недостаточно, психотерапевтам следует прибегнуть к другим вопросам и техникам, чтобы выяснить, есть ли у клиентов убеждения, препятствующие исследованию их мыслей. Психотерапевты также должны выяснить, испытывают ли клиенты трудности с изменением своих мыслей в отношении выполнения домашних заданий, равно как и с другими проблемами, определяя и устраняя трудности. Техники визуализации также полезны, поскольку помогают клиентам реагировать на свои образы, вызывающие дистресс.

Глава 12

Сложности при изменении предположений (промежуточных убеждений)

Некоторые предположения (промежуточные убеждения) "трудных" клиентов, особенно ситуационно-специфические, относительно легко поддаются изменению. Они находятся на уровне автоматических мыслей и по своей природе обычно являются предположениями-предсказаниями. Предположения на уровне промежуточных убеждений труднее поддаются изменению и поэтому являются основной темой этой главы. Они более общие, более укоренившиеся и обычно включают копинг-стратегию или отражают глубинное убеждение. В первом разделе этой главы описаны различия между этими двумя группами предположений, в следующем — применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения предположений на уровне промежуточных убеждений, а также препятствующие этому дисфункциональные убеждения. Наконец, клинический случай иллюстрирует интервенции в отношении трех дисфункциональных предположений, которые препятствуют терапии.

Различия между предположениями на уровнях автоматических мыслей и промежуточных убеждений

Некоторые предположения — это фактически автоматические мысли, которые появляются в сознании клиентов в определенных ситуациях. Психотерапевты часто начинают с таких предположений-предсказаний, прежде чем приступить к более общим, с которыми они связаны. Например, Одри, клиентка с избегающим расстройством личности, имеет следующие автоматические мысли в форме предположений.

- **"Если я попрошу соседа по комнате приглушить музыку, он рассердится".**
- **"Если я попрошу о помощи (в магазине одежды), работников будет это раздражать".**
- **"Если я попрошу (моего коллегу) ответить на телефонные звонки, поступающие на мою линию, он откажется".**

Психотерапевт использовал стандартные стратегии, описанные в главе 11, чтобы помочь Одри оценить эти предположения-предсказания, а затем предложил попробовать провести некоторые поведенческие эксперименты, чтобы непосредственно их проверить. После этих успешных экспериментов они получили и оценили более общее предположение, которое находилось на уровне промежуточных убеждений.

- **"Если я буду выражать свои потребности или желания, люди будут чувствовать себя так, как будто у меня есть к ним претензии, и оттолкнут меня".**

Одри никогда раньше не выражала эту идею словами. Это предположение не приходило ей в голову в специфических ситуациях. Оно отображает ее общее понимание и находится на более глубоком уровне убеждений — более ригидном и общем, чем предположения на уровне автоматических мыслей. Эти предположения на уровне промежуточных убеждений могут быть предположениями-предсказаниями и предположениями-значениями.

Например, Хейди придерживается следующих *предположений-предсказаний* на уровне промежуточных убеждений.

- "Я не «супермама», поэтому мои дети не преуспеют в жизни".

У нее также были следующие *предположения-значения.*

- "Если мои дети несчастливы, значит, я сделала что-то не так".
- "Если я не делаю все идеально, я плохая мать".

Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения предположений

Психотерапевты используют те же техники для изменения предположений, что и для изменения автоматических мыслей. Они включают:

- психообразование клиентов в отношении предположений;
- использование сократического диалога;
- исследование преимуществ и недостатков веры в предположения;
- разработку поведенческих экспериментов;
- действия по принципу "если бы";
- создание когнитивного континуума;
- формулирование более функционального предположения;
- проигрывание рационально-эмоциональных ролевых игр;
- использование техник визуализации;
- использование метафор;
- опрос окружающих относительно их предположений;
- прослеживание происхождения предположений начиная с детства.

Многие из этих техник и их варианты описаны в следующем расширенном клиническом случае в контексте изменения трех ключевых предположений, которые препятствуют терапии.

- "Если я позволю себе плохое самочувствие, я развалюсь на части (буду подавлена, не смогу этого выдержать, не смогу функционировать, буду навсегда несчастна, сойду с ума)".
- "Если я попытаюсь решить проблемы, я потерплю неудачу".
- "Если мне станет лучше (благодаря психотерапии), моя жизнь ухудшится".

Иногда такие предположения настолько сильны, что психотерапевт должен помочь клиенту изменить их до того, как тот захочет заниматься лечением. В приведенном ниже расширенном клиническом случае психотерапевт выявила эти предположения на раннем этапе терапии и начала помогать клиентке их изменять. В отличие от большинства клиентов, Елене потребовалась обширная работа с применением множества терапевтических стратегий, чтобы изменить свои предположения, особенно первое. Клиентка оказалась способной — медленно и постепенно — усилить свою приверженность терапии. Они продолжали работать над этими предположениями на протяжении всего терапевтического курса.

Расширенный клинический случай

Елена — женщина 30 лет, страдающая от хронической подавленности и тревожности уже почти 10 лет. Она периодически работала клерком в разных магазинах розничной продажи. Ее отец, алкоголик, избивал ее в детстве. Ее мать была депрессивной, необщительной, невнимательной к ней и к ее сестре, эмоционально отстраненной. В начала лечения функционирование Елены было на весьма низком уровне: она была безработной, долго спала и ночи напролет смотрела телевизор. Она покидала дом преимущественно для того, чтобы сделать покупки, зайти к подруге или помочь сестре. В ее квартире был беспорядок; она не оплачивала счета. Несколько дней она даже не одевалась. Перед началом когнитивной терапии ее тревога была низкой — в основном вследствие обширного избегания. Елена имела долгую историю работы со специалистами по психическому здоровью.

Три предположения, перечисленные в этом разделе выше, значительно препятствовали вовлечению Елены в терапию. Она опаздывала на сессии и сопротивлялась установлению целей, реагированию на свои когниции, выполнению домашних заданий. Хотя интервенции в отношении трех предположений ниже обсуждаются отдельно, ее психотерапевт обычно рассматривала более одного предположения на каждой сессии в контексте установления повестки дня, проверки выполнения домашних заданий и решения проблем. Например, для преодоления проблемы Елены, связанной с выполнением домашних заданий, психотерапевт должна была работать со всеми тремя предположениями. Она медленно прогрессировала и смогла успешно завершить психотерапию после года лечения.

Предположение 1: "Если я позволю себе плохое самочувствие, то «развалюсь на части» (но если буду избегать плохого самочувствия, со мной все будет хорошо)"

Это предположение в значительной степени объяснялось тем, что жизнь Елены была крайне ограниченной. Она избегала мыслей о вещах, которые ее огорчали, и избегала поведения, которое, как она предсказывала, приведет к тревоге и подавленному настроению. Фактически были некоторые доказательства в поддержку этого предположения. "Лучший" период в ее жизни — поздний подростковый возраст, за которым последовал "худший" период в жизни, когда ее парень ("единственный и идеальный парень для нее") ее отверг. В течение следующих нескольких месяцев она погрузилась в глубокую депрессию, предпринимала суицидальные попытки и была госпитализирована. Ее уровень депрессии в конечном итоге снизился, но полной ремиссии никогда не было. Елена стала зависимой от алкоголя, пытаясь заглушить отрицательные эмоции, с которыми, как она считала, невозможно было справиться. За несколько лет до начала когнитивной терапии она достигла полной ремиссии от алкогольной зависимости с помощью нескольких периодов реабилитации и психотерапии. После этого ее основными стратегиями избегания негативных эмоций стали выраженное когнитивное и поведенческое избегание. Когда она чувствовала себя расстроенной, то прибегала к отвлечению, например к просмотру телевизора или еде.

Психотерапевт впервые собрала доказательства этого предположения на второй сессии, когда Елена сообщила, что на предыдущей неделе не выполнила никаких терапевтических домашних заданий. Когда ее спросили об автоматических мыслях, когда она думала о своем задании, Елена сообщила, что беспокоится, что чтение брошюры о депрессии может заставить ее почувствовать себя хуже, а не лучше. Она подумала было о том, чтобы выполнить вторую часть домашнего задания, больше выходить из квартиры, но побоялась испытать излишнюю тревогу. На следующей сессии Елена снова не выполнила свое (значительно сокращенное) домашнее задание по той же причине. Психотерапевт попросила ее завершить вторую часть ее условного предположения.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Елена, как бы вы отреагировали на это: "Если я сделаю то, что может заставить меня чувствовать себя плохо, наступит пустота"? В чем состоит ваше самое большое опасение?
>
> ЕЛЕНА: Это (*Пауза.*)... Я бы просто развалилась на части.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы верите в это?

ЕЛЕНА: Не знаю... сильно. Я просто чувствую, что нахожусь на грани большую часть времени.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, неудивительно, что вы не хотите выполнять домашние задания.

Сбор имеющихся данных о предположении

Позже на сессии и на последующих нескольких сессиях психотерапевт собрала больше информации о предположении Елены.

Определение степени веры в предположение

- "Насколько вы убеждены в этой идее прямо сейчас: «Если мне будет плохо, я развалюсь на части?»"
- "Насколько вы верите в это интеллектуально и насколько вы верите в это эмоционально?"

Определение терминов

- "Что означает «развалиться на части»? На что это похоже?"

Оценка наибольшего страха

- "Вы боитесь, что с вами может случиться что-то более ужасное, чем «развалиться на части», или это наихудший вариант?"

Оценка прогнозируемых последствий

- "Если вы, как описаетесь, «развалитесь на части», как долго это будет длиться?"
- "Чего вы боитесь из того, что может случиться?"
- (*Нащупывание образа*) "Как это будет выглядеть?"

Оценка копинг-стратегий

- "Что бы вы могли сделать, чтобы быстрее себя собрать?"

Оценка распространенности предположения

- "В каких ситуациях у вас возникает эта идея?"
- "В каких ситуациях у вас этой идеи нет?"

Оценка распространенности дезадаптивных копинг-стратегий

- "Каких ситуаций вы избегаете, чтобы не чувствовать себя плохо?"

Оценка безопасного поведения

- "Что вы предпринимаете для того, чтобы не «развалиться на части» в ситуациях, когда вам приходится заниматься тем, что может заставить вас почувствовать себя плохо?"

Развитие более реалистичного убеждения

Психотерапевт просмотрела большую часть данных, которые ей удалось собрать, чтобы помочь Елене рассмотреть более адаптивную и обоснованную точку зрения. Она проверила, насколько клиентка разделяет это новое убеждение, выслушав ее переживания за предыдущую неделю, и проверила домашнее задание, упорядочив проблемы для установления повестки дня.

Предоставление нового убеждения

- "Основываясь на том, о чем мы говорили до сих пор, считаете ли вы, что более правильно сказать, что если вы почувствуете себя плохо, то будете ненавидеть это чувство, но не «развалитесь на части»?"

Оценка силы веры в новое убеждение

- "Насколько вы верите в эту новую идею интеллектуально и эмоционально?"

Сбор новых данных о предположении

Психотерапевт постоянно просит Елену оценить (как на интеллектуальном, так и на эмоциональном уровнях), насколько сильно она все еще верит, что "развалится на части", если будет заниматься чем-то пугающим, и как сильно она убеждена в том, что сможет "почувствовать", что "разваливается", хотя на самом деле будет просто тревожиться. Они также собирали доказательства, противоречащие ее дисфункциональному предположению и поддерживающие новое, перечисляя ситуации, в которых она чувствовала себя расстроенной, но не "разваливалась на части". Кроме того, они собрали и перефразировали сведения, которые, похоже, поддерживали ее дисфункциональное предположение.

Психотерапевт постоянно спрашивала, что все еще заставляет Елену верить в свое предположение, а затем помогла ей пересмотреть каждый фрагмент доказательства. Например, Елена отправилась в аптеку, чтобы забрать два рецептурных препарата. Хотя она очень нервничала, она смогла задать фармацевту важный вопрос. Вернувшись домой, она поняла, что фармацевт дал ей только одно из лекарств. Она вернулась в аптеку, но не спросила о втором лекарстве. Психотерапевт помогла ей понять, что ее первый поход был успешным и что решение не говорить с аптекарем во время второго визита не подтвердило, что высокий уровень тревожности заставит ее "развалиться на части", — это только подтвердило, что она считала, что тревога заставила бы ее "развалиться".

Отлаживание терапевтической гипотезы

Когда Елена утверждала, что не "развалилась на части", потому что либо избегала ситуаций, либо использовала безопасное поведение, психотерапевт предложила следующую гипотезу.

- **"Я полагаю, есть два варианта того, что могло бы произойти, если бы вы не избегали ситуаций или не использовали безопасное поведение. Либо ваше беспокойство усилилось бы, и вы «развалились бы на части». Либо, хотя вы чувствовали, что близки к этому состоянию, на самом деле это не так, — и, по сути, тревога не заставляет вас «разваливаться на части»".**

Представление терапевтического плана

Когда психотерапевт начала обучать Елену техникам, которые следует использовать при тревоге, она уделила особое внимание различиям между совладанием с негативными эмоциями и стрессоустойчивостью.

- **"Елена, первый шаг в лечении — научить вас навыкам, которые помогут совладать с тревогой, а не избегать ее. Кроме того, вам будет важно снова и снова доказывать себе, что вы можете просто терпеть это. И поэтому в какой-то момент вы *не* будете использовать эти навыки, чтобы навсегда преодолеть свой страх перед тревогой".**

Выполнение поведенческих тестов в течение сессий

Елена изначально пыталась избежать обсуждения проблем, которые, как она предсказывала, заставили бы ее испытать сильную тревогу, например поиск работы или социальные мероприятия. Она согласилась пройти поведенческий тест и обнаружила, что, хотя и испытывала умеренную тревогу при обсуждении его тем, эта тревога не стала чрезмерной. В качестве поведенческого теста психотерапевт во время сессий вызывала у Елены последовательность тревожных переживаний, что всегда опровергало предположения клиентки.

Исследование преимуществ и недостатков промежуточных убеждений

В результате обсуждения Елена со своим психотерапевтом составили следующую таблицу, в которой приведены недостатки и преимущества ее убеждений — с рефреймингом (альтернативным взглядом) для каждого преимущества.

Недостатки веры в то, что я "разваливаюсь"	Преимущества веры в то, что я "разваливаюсь" (с рефреймингом)
Моя жизнь останется неудачной Я буду пребывать в депрессии Я не найду работу У меня не будет достаточно денег У меня не будет молодого человека У меня будет сильная тревога, когда я буду вынуждена что-то делать Я не буду думать о себе хорошо	Я могу продолжать избегать, но избегание приносит мне облегчение только в краткосрочной перспективе, а в долгосрочной я чувствую себя плохо Мне не придется рисковать, но в большинстве случаев я избегаю даже минимального риска, а в других случаях мне может помочь психотерапевт Я могу поддерживать статус-кво, но он меня подавляет

Обеспечение психообразования

Психотерапевт нарисовала схему (рис. 12.1), чтобы помочь себе и Елене понять, почему ее избегание было настолько распространенным. Таким образом, изображение типичного сценария помогло Елене понять, почему ее паттерн избегания настолько укоренился (благодаря немедленному снижению тревоги и чувству облегчения).

Психотерапевт также напомнила клиентке о крайне *нежелательных* долгосрочных последствиях ее избегания и крайне *желательных* долгосрочных последствиях стрессоустойчивости и воздержания от избегающего поведения.

Психотерапевт прибегла к другой схеме (рис. 12.2), чтобы показать, что избегание вместо избавления от тревоги на самом деле помогает ее сохранять. Психотерапевт постоянно напоминала, что страх клиентки "развалиться" проистекал из ее прошлых чувств *безнадежности* и *подавленности*, но не обязательно тревоги.

Поиск альтернативных объяснений избегающего поведения

Они также обсудили другие причины, по которым Елена ничего не делала. Как выяснилось, иногда Елена избегала действий, опасаясь, что сразу почувствует себя плохо; иногда это происходило потому, что она не *хотела* ничего делать; иногда боялась, что сделает что-то не так; а иногда боялась, что определенная деятельность *сейчас* приведет к необходимости решать более трудные задачи в *будущем* (интервенции, направленные на снятие этих опасений, представлены ниже в этой главе).

Ситуация

Подумала о том, чтобы заговорить с соседом по этажу

↓

Автоматическая мысль

Если я буду к нему дружелюбна, он может пригласить меня на пиво или куда-нибудь еще. Если он это сделает, мне придется согласиться. Если я соглашусь, то буду сильно тревожиться.

↓

Эмоция: тревога

Решение избегать	Решение действовать функционально (заговорить с соседом)
↓	↓
Ближайшие последствия	**Ближайшие последствия**
Чувство облегчения	Чувство тревоги
↓	↓
Долговременные последствия	**Долговременные последствия**
Скудная жизнь	Достижение целей; лучшая жизнь

Рис. 12.1. Сценарий избегания Елены

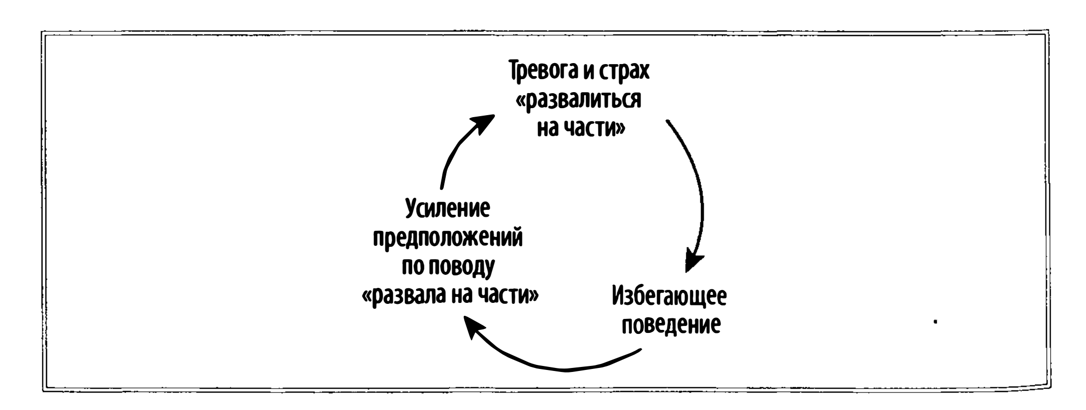


Рис. 12.2. Порочный круг избегающего поведения

Использование образов

Психотерапевт Елены использовала с ней техники визуализации. Среди прочего, она побуждала клиентку совладать с образами, представляя, как она занимается делами, которые ее пугают и вызывают тревогу, но затем чувствует себя лучше, применив техники управления тревогой, которым она обучилась по ходу психотерапии.

Выявление и изменение когнитивных искажений

Определив дисфункциональные мысли Елены, психотерапевт помогла ей научиться определять когнитивные ошибки, которые она допускала, чтобы эффективно реагировать на мысли. Например, Елена проявляла большое количество дихотомических мыслей. Вместе с психотерапевтом они обсудили природу ее подхода к эмоциям по принципу "все или ничего" ("Либо я чувствую себя спокойно и контролирую (свои эмоции), либо чувствую себя ужасно и могу «развалиться на части»").

Модификация домашней работы

Елена не могла выполнять домашние задания в течение первых двух недель лечения. Она и психотерапевт договорились значительно сократить задания для Елены. На своей третьей сессии вместо того, чтобы назначить задание по изменению поведения, психотерапевт предложила ей просто думать о вовлечении в адаптивное поведение и отслеживать свои мысли. Дисфункциональность предположения Елены в отношении переживания негативных эмоций быстро стала очевидной. Ее следующее задание (которое она продолжала выполнять в течение нескольких месяцев) заключалось в том, чтобы сообщать психотерапевту о ситуациях, с которыми она столкнулась в течение недели, когда чувствовала себя расстроенной, но не "развалилась на части". Через две недели Елена согласилась на "легкие" поведенческие задания.

Перечитывание терапевтических заметок было неотъемлемой частью домашнего задания. Первоначально Елена просто читала карточки с выводами, которые она сделала на сессии. Например, ее первая копинг-карточка, предназначенная для реагирования на негативные предположения, касающиеся переживания дисстресса, гласит следующее.

> У меня есть идея, что, если я начну себя плохо чувствовать, я "развалюсь на части". Но за несколько последних лет я тысячи раз чувствовала себя плохо, при этом не развалившись. У меня была совершенно другая ситуация, когда я попала в больницу.

Сначала Елена перечитывала свои копинг-карточки только два-три раза в неделю, но некоторое время спустя начала перечитывать их почти ежедневно.

Проведение поведенческих экспериментов

Чтобы проверить свои предположения, Елена провела десятки поведенческих экспериментов в качестве домашнего задания, начав с очень легкого уровня (например, заходить на почту и спрашивать, где находится библиотека). Копинг-карточки помогли ее мотивировать.

> Это может заставить меня чувствовать себя плохо, но я смогу выдержать. Это не заставит меня "развалиться на части". За последние несколько месяцев я сделала много вещей, которые были куда более тревожащими, но при этом не развалилась.

Также важно было перечитать карточку после проверки предположения.

> Я вытерпела состояние тревоги и не "развалилась на части". Возможно, мои прогнозы не соответствуют действительности. Я заслужила бонусы за это.

Проводить поведенческие эксперименты довольно легко, и они значительно повысили вероятность того, что Елена будет и впредь проявлять адаптивное поведение. Еще одна важная интервенция заключалась в том, чтобы позволять Елене (более того, поощрять!) использовать стратегии управления тревогой для уменьшения страданий. Составленная на раннем этапе терапии карточка напоминала ей о том, что она могла сделать.

> **Что нужно делать, когда я чувствую себя плохо**
>
> - Перечитать мои терапевтические заметки.
> - Позвонить Джейн или Аннетте.
> - Выйти погулять.
> - Испечь хлеб.
> - Поискать новые юмористические сайты.
> - Выполнить упражнения на релаксацию.
> - Мысленно заполнить "Протокол дисфункциональных мыслей".
> - Отметить, что я "разваливаюсь на части", и наблюдать, как долго это длится.

Психотерапевт указала, что Елене важно полностью пережить дистресс, не вовлекаясь ни в один из перечисленных видов поведения, чтобы полностью проверить свои предположения о "развале на части"; именно так она может научиться переживать негативные эмоции. Об этом ей напоминала копинг-карточка.

Эти техники могут мне помочь чувствовать себя лучше. Но мне это и не нужно, потому что плохое самочувствие не приведет меня к "развалу на части".

Общие терапевтические заметки помогли Елене выполнить поведенческие эксперименты. Копинг-карточки помогли ей проложить себе путь через иерархию ситуаций, которых она избегала, опасаясь испытать слишком сильный дистресс. Например, Елена откладывала звонок к врачу по поводу своей аллергии, проблемы с которой значительно усугубились. Она предсказывала, что будет чувствовать себя слишком некомфортно, когда врач, медсестра, административный персонал и другие клиенты будут пристально ее рассматривать. Психотерапевт подробно обсудила с ней ее автоматические мысли об этой ситуации. Выводы, которые сделала Елена (приведены ниже), послужили образцом для многих других поведенческих экспериментов, которые она проделала позже.

Если я чувствую себя, как при избегании звонка врачу

Помню, я предсказывала, что сильно встревожусь на первой сессии когнитивной терапии, но все прошло хорошо, и теперь у меня есть много техник преодоления, которых не было раньше. Даже если мне будет неловко, я не "развалюсь на части". Я смогу выдержать это. Я, вероятно, буду чувствовать себя очень неловко в течение первых нескольких минут, но после я, вероятно, почувствую себя намного лучше. Я буду чувствовать себя хуже, если сосредоточусь на том, как плохо я себя чувствую, или лучше, если оглянусь по сторонам, чтобы увидеть, что происходит вокруг. Люди, которые там работают, будут сосредоточены на своей работе — и не будут заниматься оцениванием меня. Другие клиенты могут поднять на меня глаза, когда я войду в помещение, но только на мгновение.

На каждой сессии психотерапевт хвалила Елену за выполнение домашнего задания и положительно подкрепляла ее новые навыки. Она помогла ей понять, что ее предсказание "развалиться на части" было

неправильным. Она часто спрашивала: "Что этот опыт говорит вам о вашей способности справляться с плохим самочувствием?"

Снижение безопасного поведения (защитного поведения)

Когда Елена стала меньше верить в свое дисфункциональное предположение, ее психотерапевт, чтобы снизить ее дистресс, помогла ей определить поведение, в которое она по-прежнему была вовлечена. В то время как большая часть ее избегающего поведения была очевидной, некоторые его виды были более тонкими, такие как привычка ходить с опущенной головой (так она могла не замечать соседей, когда выходила из квартиры) и отказ от установления зрительного контакта с продавцами. Психотерапевт поощряла клиентку проводить поведенческие эксперименты, в которых она воздерживалась от безопасного поведения.

Анамнестическое обоснование интервенций

Техники, описанные выше, в первую очередь, были сосредоточены на исследовании того, как предположение Елены активируется в текущих ситуациях. Для Елены было также полезно пересматривать свою жизненную историю, чтоб определить, когда и как у нее зародилось это предположение; найти данные, противоречащие ему; пересмотреть значение прошлых событий, связанных с ним.

- **"Как долго у вас есть эта идея? Когда, по вашему мнению, она зародилась?"**
- **"В каких ситуациях вы действительно «разваливались на части» и как долго оставались в таком состоянии?"**
- **"Как вы справлялись с такими переживаниями?"**

Психотерапевт также попросила Елену вспомнить ситуации из своей жизни, когда она была расстроена, но не "развалилась на части". В конце концов, она составила список из трех страниц.

Поиск корней промежуточных убеждений в детстве

Для Елены было полезно осознать, что некоторые из ее страхов перед отрицательными эмоциями проистекают из детства. У нее были воспоминания о переполняющих ее чувствах печали и беспокойства, когда родители (часто и громко) ссорились между собой, когда она

опасалась, что отец *может* ударить ее или сестру, и когда пьяный отец *бил* ее. Психотерапевт помогла ей понять, что в то время у нее действительно не было средств для совладания с чрезмерными эмоциями, которые она испытывала. С другой стороны, она не "развалилась на части".

Использование воображения для расширения перспективы

Иногда Елена вспоминала о том, что была госпитализирована, когда страдала от эмоциональной боли. Психотерапевт помогла ей понять, что этот образ был изолированным — не включал как период, предшествующий госпитализации, так и период после выписки, когда она постепенно выздоравливала. Она смогла вспомнить, как не "развалилась на части" (ее нынешний страх). Скорее, в течение нескольких недель она плыла по течению, чувствуя, что благодаря лечению ее боль уменьшается, а депрессия больше не усиливается.

Затем психотерапевт вызвала у нее воспоминание о постепенном улучшении во время госпитализации и о том, как она испытала облегчение, вернувшись домой. Она также попросила Елену подробно описать свой типичный день спустя полгода после госпитализации, когда она вернулась на работу и взаимодействовала со своей семьей.

Предположение 2: "Если у меня возникнет проблема, я не смогу ее решить (но если я проигнорирую ее или смогу ее избежать, все будет в порядке)"

Психотерапевт раскрыла это предположение Елены на раннем этапе терапии, когда клиентка сопротивлялась установлению целей и выделению проблем для включения в повестку дня. У Елены были некоторые доказательства того, что это предположение верно. Она вообще избегала решения проблем, преждевременно сдавалась или полагалась на то, что кто-то поможет ей с ними справиться. Ей особенно недоставало навыков решения межличностных проблем. Когда она с кем-то ссорилась, то уходила (например, увольнялась с работы, бросала психотерапию, прекращала общение с друзьями, отказывалась видеться с отцом).

Выявив это важное предположение, психотерапевт использовала перечисленные ниже техники, чтобы помочь Елене произвести рефрейминг своего мышления.

- **Сбор текущих и анамнестических данных для определения происхождения убеждения, его распространенности, частоты и силы веры в него клиентки в различные периоды ее жизни.**
- **Обсуждение того, что *означают* для Елены ее попытки решать проблемы и связанные с ними неудачи ("Это показывает, насколько я беспомощная"); выявление альтернативных причин неспособности решить проблемы; рефрейминг негативных результатов как демонстрация дефицита специфичных навыков, а не глобальных недостатков.**
- **Обсуждение преимуществ и недостатков предположения и рефреймиг преимуществ.**
- **Анализ детских переживаний клиентки с целью нормализовать соответствующее убеждение; предсказание того, как по-другому могла бы вести себя Елена, если бы не придерживалась этого предположения ("Если бы вы не верили в то, что не способны и не можете решить проблемы, что бы вы сделали, когда (дрались в школе)?").**
- **Развитие более функционального убеждения.**
- **Проигрывание рационально-эмоциональных ролевых игр, сначала — с психотерапевтом, а затем — с собой, чтобы выявить, а затем отреагировать на доказательства, которыми Елена все еще оправдывала свое предположение.**
- **Пересмотр вывода о нынешнем и прошлом *положительном* опыте решения проблем у Елены ("Что это говорит о вашей способности решать проблемы? Что это говорит о вас?"). Она записала свои выводы на карточках.**

Я полагаю, у меня есть проблема, которую я не смогу решить. Но эта идея не обязательно является истиной. Если я все время буду говорить себе об этом, то застряну, даже не попытавшись решить свои проблемы, и моя жизнь по-прежнему будет отвратительной. Если бы я поверила, что могу решать проблемы, я бы преодолела ситуацию с помощью новых идей, таких как подача заявки на обучающую программу, или подыскала бы лучшую квартиру.

Если я попытаюсь решить эту проблему и потерплю неудачу, что в этом такого? Это не значит, что я беспомощная. Проблема может быть вне моего контроля (например, то, как папа относится к маме). В худшем случае это означает, что я не смогу выполнить достаточно хорошо какое-то дело (например, убедить арендодателя сделать ремонт в квартире). Я всегда могу поговорить об этой проблеме на психотерапии.

Когда я думаю, что не могу решить проблему, более ли верно, что я просто не хочу пытаться, хотя на самом деле, определенно, способна ее решить?

С детства я начала верить в то, что не могу решать проблемы, но это было не совсем верно. Верно то, что я не могла изменить поведение отца. Но я каждый день решала другие проблемы, такие как помощь сестре, учеба в школе и т.д. Также у меня не было ролевых моделей, на примере которых я могла бы увидеть решение проблем, — родители сами избегали этого. Неудивительно, что я выросла с этим убеждением.

Когда я думаю, что сегодня не смогу решать проблемы, напоминаю себе, что эта идея произошла из детства, и она может относиться, а может и не относиться к той проблеме, с которой я сейчас сталкиваюсь.

Предположение 3: "Если мне станет лучше, моя жизнь ухудшится (но если все останется как есть, то по крайней мере я смогу поддерживать статус-кво)"

Это, третье, предположение было связано с первыми двумя. Елена боялась, что если ей станет лучше, то придется столкнуться с такими проблемами, в решении которых она потерпит неудачу, а затем "развалится на части". Понимание того, что ей придется рисковать, делает ее уязвимой и раскрывает ее беспомощность, из-за чего она чувствует себя ужасно. Это также означало, что она больше не сможет зависеть от психотерапевта, сестры или подруги. Елена проявила дихотомическое мышление.

- **"Либо я психически нездорова и нельзя ожидать, что я смогу получить работу или действовать функционально, и поэтому имею полное право зависеть от других, либо я психически здорова и должна действовать полностью функционально, самостоятельно, а я знаю, что я на это не способна".**

Психотерапевт снова осуществляла множество интервенций — собирала текущие и анамнестические данные о предположении, регулярно отслеживала его силу, собирала противоречащие ему доказательства, проводила рефрейминг доказательств в его пользу, развивала новое предположение, определяла причины и условия развития изначального предположения. Другие ключевые интервенции предполагали следующее.

Использование образов

Психотерапевт спросила Елену, что ее пугает в будущем, если ей самой станет лучше благодаря лечению, а ее жизнь ухудшится. Она сообщила о двух спонтанных образах, которые, казалось, инкапсулировали ее страхи. На первой картинке она увидела себя подавленной, пытающейся проводить инвентаризацию в магазине. Она увидела, как ее начальник кричит на нее, пока коллеги ухмыляются.

В этом образе она испытывала высокий уровень тревоги, смущения и унижения, считала себя полной неудачницей и объектом для насмешек. Во втором образе она увидела себя на общественном мероприятии, изолированную и одинокую, неспособную вступить в разговор, чувствующую себя неполноценной и тревожной. Оба эти образа были фрагментами реальных ситуаций, которые ей пришлось когда-то пережить.

Психотерапевт помогла Елене изменить эти образы. Она в деталях представила себе работу в небольшом магазине, принадлежащем приятному и разумному человеку. Позже благодаря психотерапии у нее сформировался более ассертивный образ себя, если у нее все же будет начальник-самодур и невыносимая ситуация на работе. Психотерапевт также попросила ее представить, что она идет на общественное мероприятие и, хотя поначалу нервничает, смело подходит знакомиться к человеку, стоящему в одиночестве. Она представила, как ведет беседу, поначалу нервничая, но постепенно начиная чувствовать себя все более и более комфортно.

Дегиперболизация

Как и ранее, психотерапевт помогла Елене понять, что она не обязательно *должна* будет столкнуться с большими проблемами, как только ей станет лучше. У нее будет *выбор*: делать что-либо или не делать.

Увеличение ресурсов

Елена вместе с психотерапевтом обсудили доступные ей ресурсы, прежде чем начинать работать с большой проблемой. По ходу психотерапии она освоила новые навыки, чтобы противостоять своим саботирующим мыслям, снизить дистресс, лицом к лицу столкнуться с заданиями, которых она избегает, сделать свою жизнь более полноценной. У нее всегда оставался бы запасной вариант. Она могла, например, бросить работу, если бы пришлось, или перезвонить лучшей подруге либо психотерапевту.

Постепенная экспозиция трудностей

Психотерапевт также признала, что до того, как Елена будет готова столкнуться с серьезными проблемами, она должна освоить решение более простых. Чтобы проиллюстрировать эту идею, она нарисовала лестницу (рис. 12.3) и попросила Елену разобраться в промежуточных шагах, которые она предпримет, прежде чем устроится на работу. Психотерапевт помогла Елене понять, что всякий раз, думая о работе, она представляет себе, что ей приходится совершать огромный прыжок с нижней ступеньки лестницы на ее вершину. Елене стало намного лучше, когда психотерапевт показала, что клиентка будет подниматься лишь шаг за шагом. Психотерапевт заверила ее, что она может делать полшага или даже четверть, если окажется, что шаги, которые они изначально разработали, слишком велики.

Выводы

Изменение предположений, имеющих общую природу и находящихся на уровне промежуточных убеждений, — гораздо более сложная задача, чем изменение автоматических мыслей, специфичных для данной ситуации, или предположений на уровне автоматических мыслей. Для изменения таких предположений психотерапевты используют многие из тех же методов, что и при изменении автоматических мыслей, сталкиваясь во многом с одинаковыми трудностями. Часто необходимо видоизменять применяемые стратегии. Последующее наблюдение и поддержка важны для того, чтобы помочь клиентам применять полученные во время психотерапии знания в условиях воздействия новых стрессоров, которые могут возродить их старые предположения.

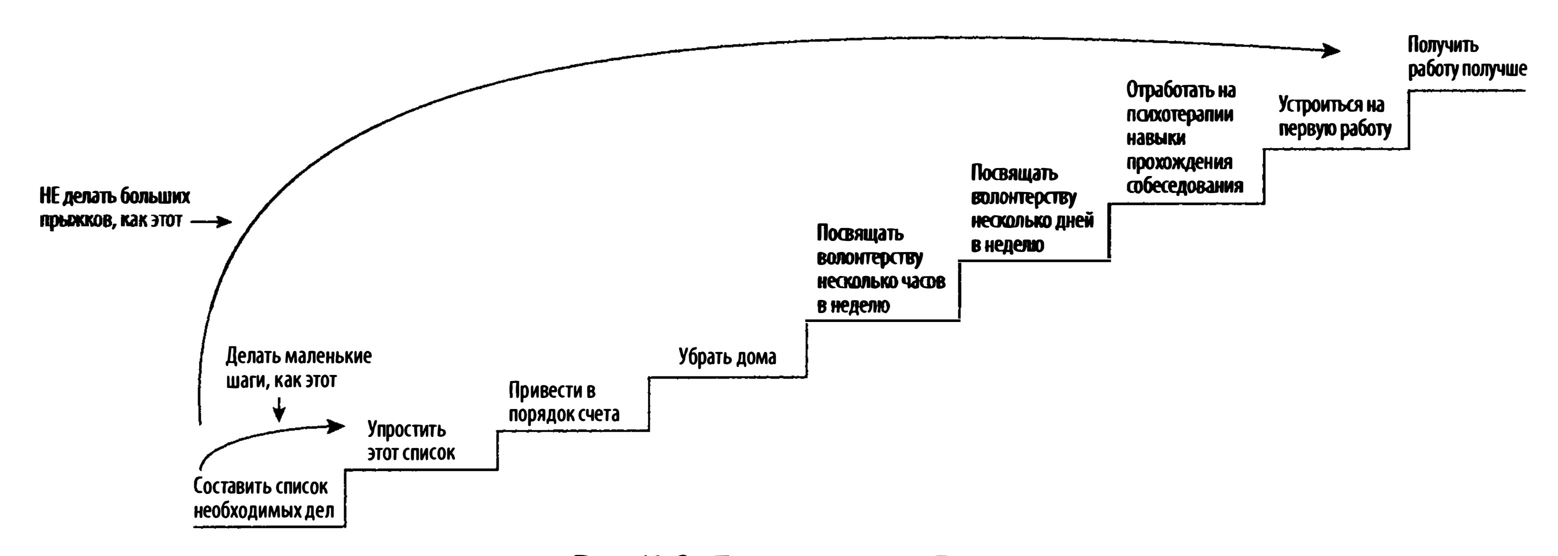


Рис. 12.3. Лестница шагов Елены

Глава 13

Сложности при изменении глубинных убеждений

Для изменения глубинных убеждений многим "трудным" клиентам требуются последовательные усилия в течение многих месяцев лечения. Важно иметь реалистичное представление о том, насколько клиенты способны изменить свои глубинные убеждения. Клиенты вряд ли полностью их изменят; на самом деле у большинства людей есть убеждения о беспомощности и отверженности, которые время от времени активируются.

Терапевтические цели для клиентов таковы.

- Подорвать силу глубинных убеждений и снизить частоту их активации.
- Снизить дистресс, мыслить и вести себя более адаптивно при активации убеждений.
- Развить и укрепить более реалистичные, более функциональные убеждения.

Психотерапевты должны серьезно подумать о том, когда уместно начинать оценку глубинных убеждений. Терапия была бы значительно ускорена, если бы психотерапевты могли помочь клиентам изменить свои глубинные убеждения уже на первой сессии, но большинство клиентов слишком сильно привязаны к своим убеждениям, чтобы так легко с ними расстаться. В начале лечения психотерапевты могут выдвигать

гипотезу о глубинных убеждениях клиентов, чтобы выяснить смысл их автоматических мыслей (см. главу 9). Они могут оценить силу этих убеждений и попытаться изменить некоторые из них. Однако, когда у клиентов возникают проблемы, психотерапевты могут прийти к выводу, что изначальные усилия клиентов были неудачными. Глубинные убеждения легче изменить на среднем этапе терапии, когда снижается симптоматика клиентов и они получают положительный опыт в проверке и изменении своих автоматических мыслей и предположений. Обнаружение других неточных когниций приводит к улучшению реагирования, после чего клиенты приходят к мысли, что их глубинные убеждения также могут быть неточными, и могут быть готовы к выполнению тяжелой работы по их оцениванию и изменению.

К середине лечения также достигается укрепление терапевтического альянса. Проводя опрос клиентов относительно убеждений, которые являются неотъемлемой частью их самоощущения, психотерапевтам важно оценивать степень уязвимости и тревожности клиентов. Хотя Елене (клинический случай которой описан в предыдущей главе) не нравилось убеждение в своей неполноценности, ее дистресс еще более усиливался, когда психотерапевт начинала работать с этим убеждением. Она выражала свой страх прямо: "Если я не неполноценная, то кто я тогда?"

В некотором смысле психотерапевты косвенно работают над глубинными убеждениями с самого начала лечения. Например, убеждение относительно беспомощности может быть ослаблено в том случае, если клиенты устанавливают цели, изменяют свои автоматические мысли, успешно повышают свое мастерство и дают себе возможность ошибаться. Убеждение в том, что тебя не любят, может начать изменяться, когда психотерапевты помогают клиентам приобщиться к благоприятным социальным взаимодействиям и относятся к ним с теплом, эмпатией и заботой.

Скорее всего, изменение убеждений будет успешным, если клиенты поверят, что: 1) они могут доверять своему психотерапевту; 2) терапевтический процесс будет успешным; 3) изменение убеждений приведет к улучшению качества их жизни. В противном случае клиенты могут отрицательно реагировать, когда психотерапевт привлекает их к оценке глубинных убеждений. Нарциссические клиенты, например, могут чувствовать себя униженными, клиенты с пограничным расстройством личности могут испытывать излишнюю уязвимость, истероидные клиенты могут огорчиться из-за чувства собственной обыденности. Такие клиенты затем могут возвращаться к своим привычным копинг-стратегиям, злиться на психотерапевта, избегать тем обсуждения, говорить о своих убеждениях поверхностно, пропускать сессии и даже бросать лечение.

Сначала в этой главе описывается, как применять и видоизменять стандартные стратегии, чтобы помочь клиентам изменить их глубинные убеждения о себе (см. также главу 2). В заключительном разделе внимание уделяется оказанию помощи клиентам в изменении глубинных убеждений о людях. Клинический случай Елены, описанный в предыдущей главе, используется в качестве примера и в этой главе.

Применение и модификация стандартных стратегий для изменения глубинных убеждений

Чтобы помочь некоторым "трудным" клиентам изменить их глубинные убеждения, психотерапевтам, возможно, потребуется использовать большое количество стратегий в течение длительного периода времени. Среди прочего это может быть сократический диалог, изменение образа "Я", когнитивный континуум, поведение "как если бы", обращение к ролевым моделям, рационально-эмоциональная ролевая игра, средовая интервенция, вовлечение семьи, групповая терапия, мечты и метафоры, воображение для реструктуризации значения травматического детского опыта. Эти техники описаны ниже.

Психообразование клиентов в отношении глубинных убеждений и копинг-стратегий

Психотерапевты должны осуществлять психообразование клиентов в отношении глубинных убеждений, которое должно включать следующие важные моменты.

- Глубинные убеждения, как и автоматические мысли и предположения, — это идеи, а не истины.
- Клиенты могут верить в свои глубинные убеждения настолько сильно, что могут выражать эти идеи как эмоции ("Я *чувствую* себя совершенно беспомощным"; "Я *чувствую* себя непривлекательным"; "Я *чувствую* себя нелюбимым").
- Клиенты развивают определенное поведение, чтобы совладать с этими убеждениями; поведение, которое заставляет их действовать дисфункционально в некоторых ситуациях.
- Учитывая неблагоприятный детский опыт клиентов, можно объяснить, почему они развивают такие дисфункциональные убеж-

дения и копинг-стратегии. Их убеждения могут быть или не быть полностью действенными в детстве. Независимо от этого они в значительной степени или совершенно не действенны сегодня.

- Клиенты могут оценить обоснованность своих глубинных убеждений и, если видят, что они искаженные, изменить их, чтобы они более правильно и полно отражали действительность.
- Процесс изменения глубинных убеждений часто вызывает тревогу. Однако в конечном итоге клиенты будут способны думать о себе лучше и достигать своих целей.

Связь глубинных убеждений и копинг-стратегий

Прежде чем приступать к оцениванию и изменению своих глубинных убеждений, для многих клиентов будет полезно, если психотерапевт нарисует схему, на основе которой объяснит, как глубинное убеждение влияет на поведение и как эти копинг-стратегии подкрепляют глубинное убеждение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*рисуя*) Это кажется верным, Елена? У вас есть убеждение в том, что вы неполноценны. Вы принимаете его как истину, не думая подвергать его сомнению, и в результате избегаете многих вещей, которые, по вашему мнению, вам не удастся выполнить. А избегание заставляет вас чувствовать себя еще более неполноценной, что подкрепляет избегание. (*Пауза.*) Я все правильно нарисовала (рис. 13.1)?

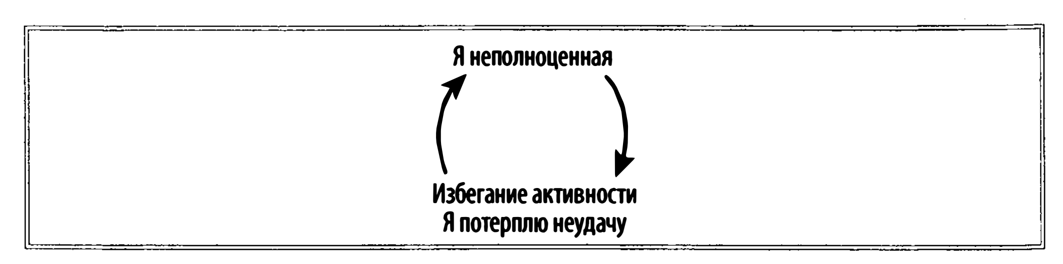


Рис. 13.1. Взаимоподкрепление глубинных убеждений и копинг-стратегий

Если клиенты подтверждают эту картину, психотерапевты могут продемонстрировать, как она закладывает основу их восприятия и поведения в повседневных ситуациях. Когда психотерапевты полагают, что клиенты готовы, они могут принести на сессию схему когнитивной концептуализации (см. главу 2). Схема может быть составлена как клиентом, так и психотерапевтом (рис. 13.2).

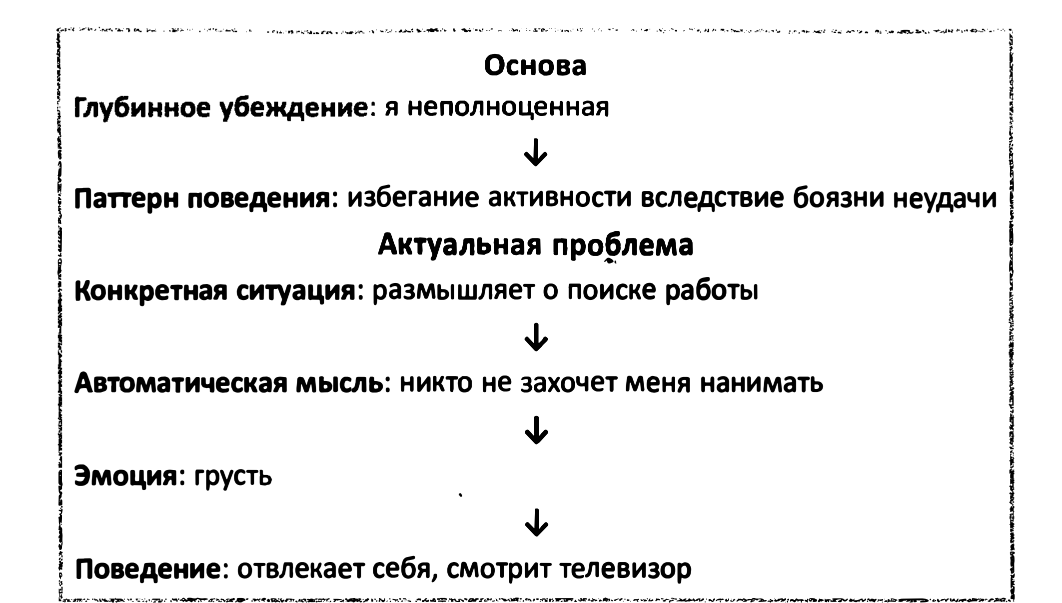


Рис. 13.2. Схема когнитивной концептуализации

Выдвижение терапевтической гипотезы

Затем психотерапевт может предложить дихотомическую терапевтическую гипотезу о глубинном убеждении клиента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Либо проблема в том, что вы на самом деле полностью неполноценны, и тогда нам придется работать вместе, чтобы с вами все было в порядке, или это совсем не проблема — а проблема в том, что у вас есть убеждение, что вы полностью неполноценны. Нам придется вместе разбираться, что более верно.

Представление модели обработки информации

Модель обработки информации часто является полезной для объяснения клиентам, не только того, почему они так сильно верят в свои глубинные убеждения, но и почему их глубинные убеждения могут быть неверными или не совсем верными, как показано ниже. Отметьте, что окружность с прямоугольным разрывом представляет *схему* клиента — ментальную структуру, которая организовывает информацию. Содержание схемы — глубинные убеждения клиента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ничего если мы поговорим немного больше о вашей идее неполноценности?

ЕЛЕНА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мы раньше говорили о том, как эта идея у вас появлялась. Правильно?

ЕЛЕНА: Правильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как вы очень долго были убеждены в этом.

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У меня есть предположение о том, почему вы так сильно в нее верите. (*Пауза.*) Но вы должны будете сказать мне, согласны ли вы со мной. Хорошо?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) Хорошо, Елена, допустим, что какая-то часть вашего разума имеет такую форму: как вы видите, это окружность с прямоугольным разрывом (рис. 13.3).

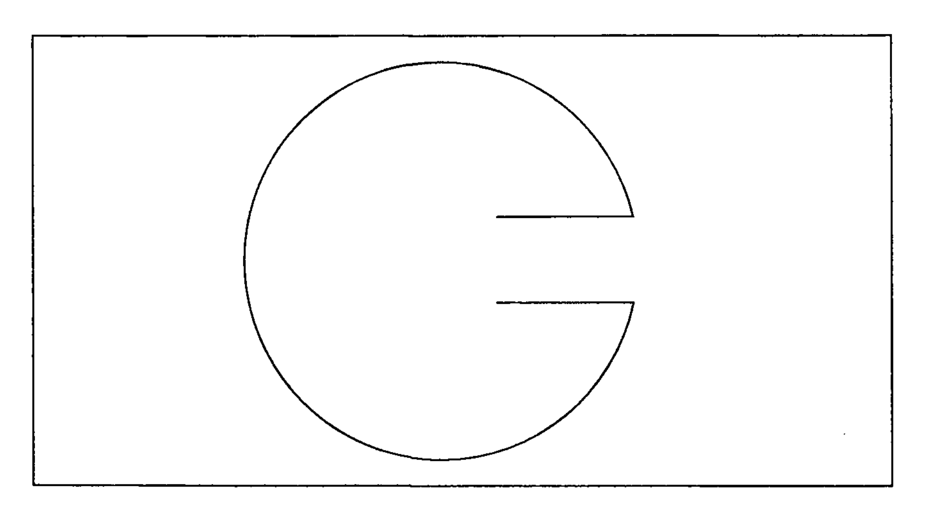


Рис. 13.3. *Часть разума клиентки*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) И где-то в этой части вашего разума присутствует идея "Я неполноценная" (рис. 13.4).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь предположим, что что-то произошло. Давайте посмотрим. Вы говорили мне раньше, что отправились в церковь, но ни с кем там не заговорили. Когда вы осознали, что не общаетесь, что вы сказали себе? Вы спросили себя "Что это значит? Означает ли это, что я неполноценная? Означает ли это, что со мной все в порядке? Это нормально?"

ЕЛЕНА: Я чувствовала себя ненормальной.

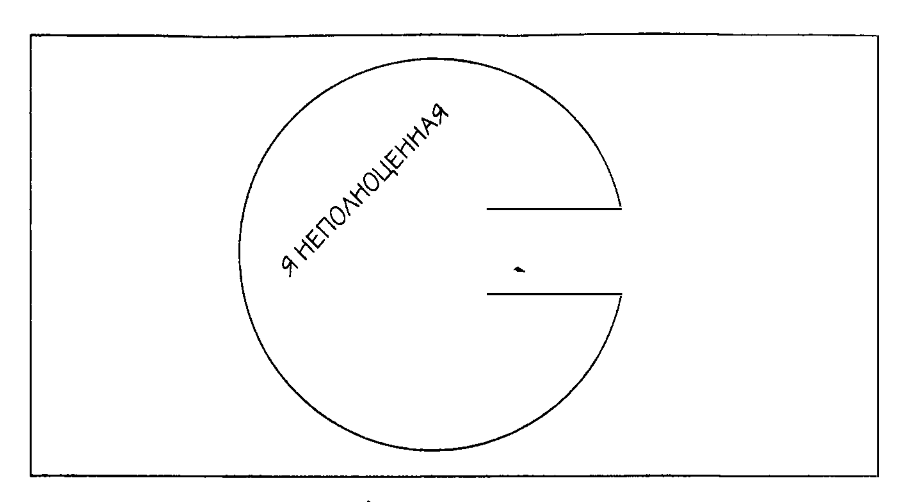


Рис. 13.4. Идея “Я неполноценная”

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам для этого нужно было подумать?

ЕЛЕНА: Нет, я с самого начала так себя чувствовала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) Итак, если было это событие — “Ни с кем не заговорила в церкви”, — то поместим его в отрицательный прямоугольник (рис. 13.5).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует стрелку.*) Видите, как этот прямоугольник соответствует прямоугольному разрыву круга (рис. 13.6)?

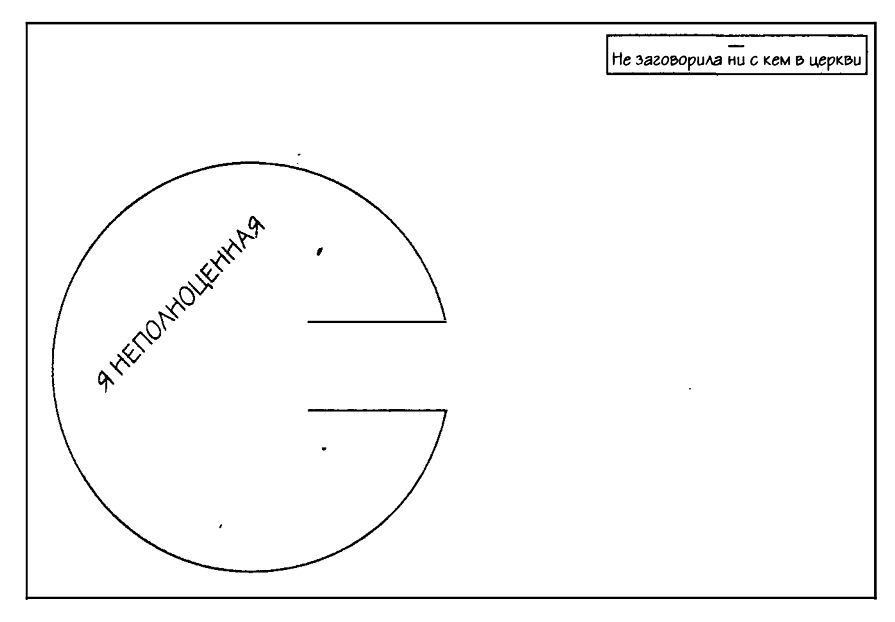


Рис. 13.5. Событие “Ни с кем не заговорила в церкви”

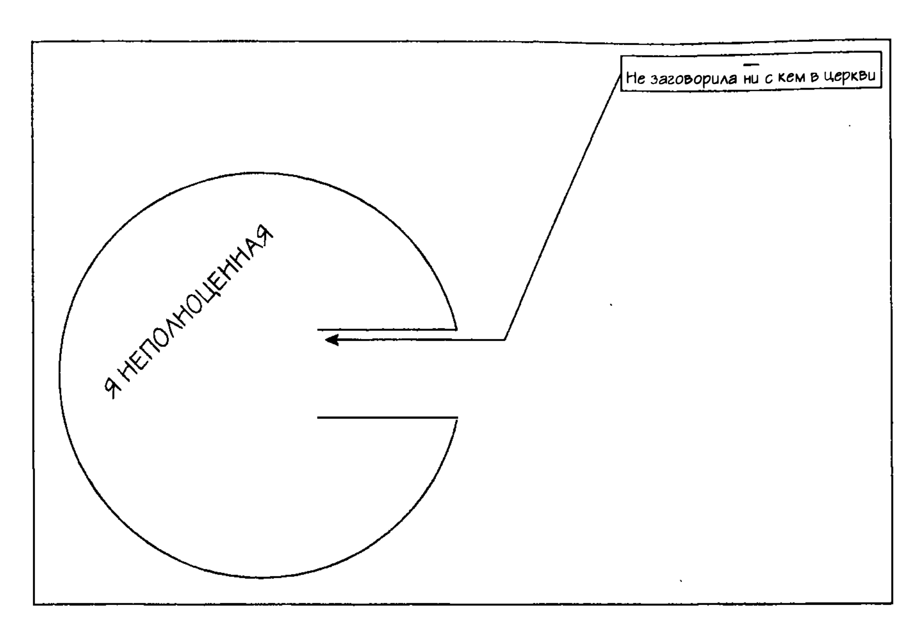


Рис. 13.6. Соответствие события глубинному убеждению

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Подчеркивает слова "Я неполноценная".*) И каждый раз, когда наступает соответствующее событие, оно усиливает идею "Я неполноценная" (рис. 13.7).

ЕЛЕНА: Да.

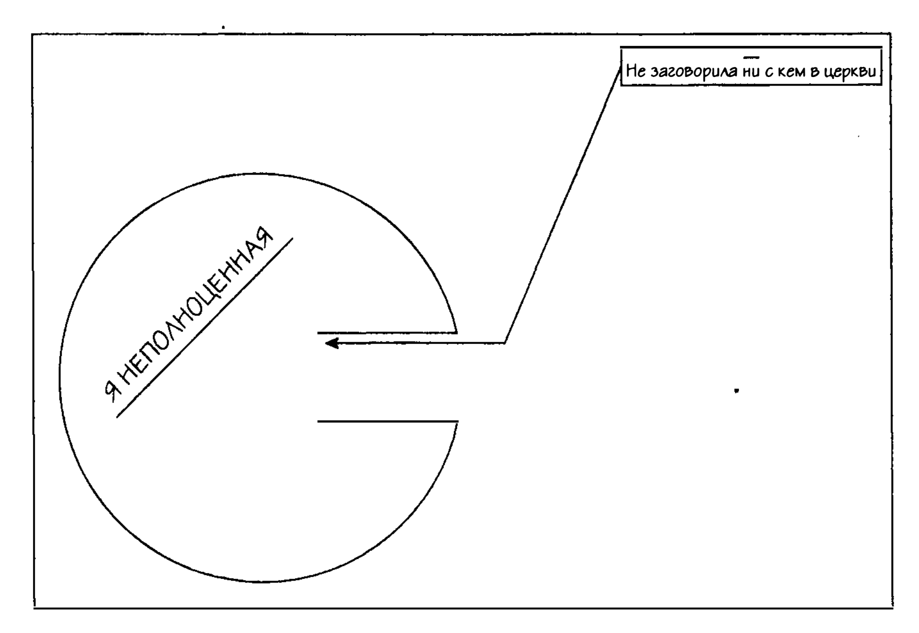


Рис. 13.7. Событие усиливает глубинное убеждение

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте рассмотрим другую ситуацию. На прошлой неделе вы сказали, что просрочили оплату счетов, поэтому испытали в банке наплыв эмоций. Когда это произошло, вы сказали себе "Значит ли это, что я неполноценная, или же со мной все в порядке и мое состояние не имеет к этому отношения?"

ЕЛЕНА: Нет, я сразу подумала "Какая дура. Я безнадежна".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует и подчеркивает.*) Таким образом, наплыв эмоций также можно представить в виде отрицательного прямоугольника и он также усиливает идею "Я неполноценная" (рис. 13.8).

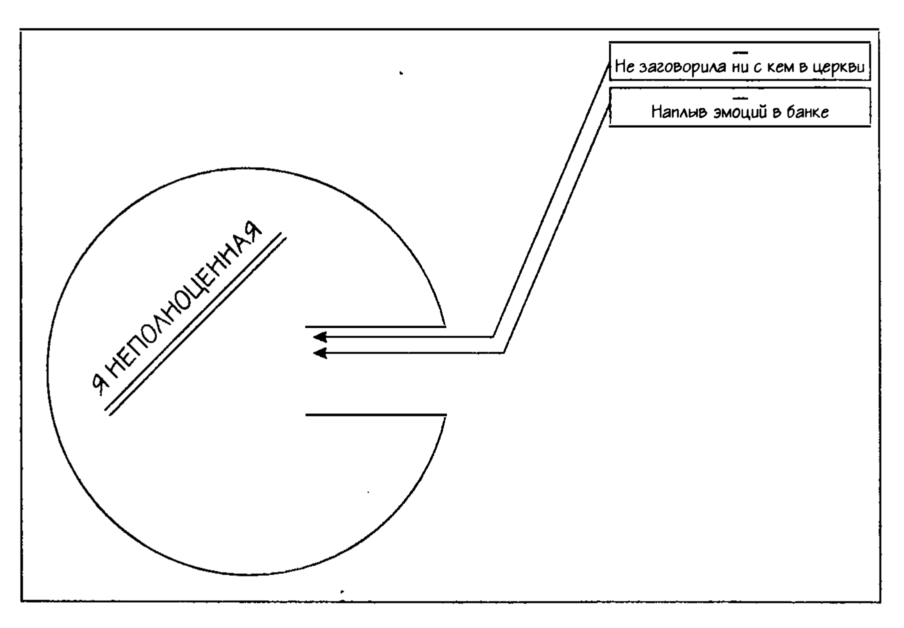


Рис. 13.8. *Наплыв эмоций еще более усиливает глубинное убеждение*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте попробуем взять еще один пример. Когда еще на этой неделе вам приходилось чувствовать себя неполноценной?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) В воскресенье вечером. Весь день я оставалась дома, хотя погода была прекрасная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И когда вы провели весь день в стенах дома, что это означало для вас?

ЕЛЕНА: Что со мной что-то не так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Таким образом, похоже, убеждение о неполноценности появилось вновь.

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует и подчеркивает.*) За этим стоит тот же паттерн (рис. 13.9).

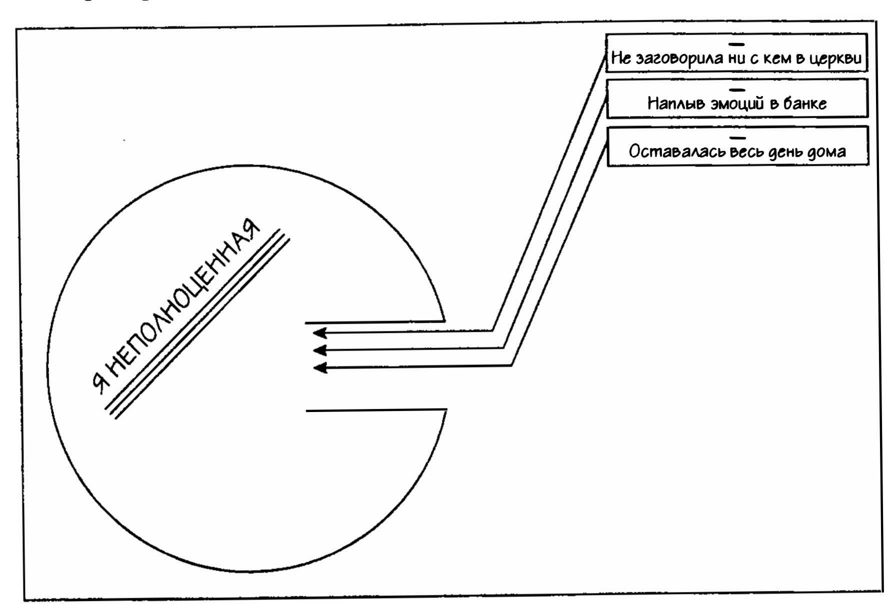


Рис. 13.9. *Еще одно усиление глубинного убеждения*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, что вы думаете по поводу этой теории? Всякий раз, когда что-либо происходит или вы что-либо делаете, это может означать, что вы неполноценны. Эта информация немедленно поступает непосредственно к этой части вашего разума (*указывает на рисунок*), даже если вы не задумываетесь об этом. (*Пауза.*) Как вы думаете, может такое быть?

ЕЛЕНА: Да, я вижу это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы не просто так сказали это?

ЕЛЕНА: Нет, нет. Я думаю, это правильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Вот моя вторая теория. Когда что-нибудь случается или вы делаете что-либо, что свидетельствует о вашей нормальности, эта информация не поступает непосредственно. Я думаю, с ней случается что-то другое. (*Пауза.*) Например, несколько минут назад вы сказали мне, что ваша подруга Джейн просила вас помочь ей подобрать подарки для семьи, потому что она думает,

что вы обладаете хорошим вкусом. (*Пауза.*) Когда она попросила вас об этом, вы сказали себе "О Боже, если она обращается ко мне за помощью, она, должно быть, думает, что со мной все в порядке".

ЕЛЕНА: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что вы сказали?

ЕЛЕНА: Что у нее, должно быть, трудности, раз она хочет, чтобы *я* ей помогла.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) Итак, здесь произошло что-то *хорошее*, но информация об этом находится в треугольнике (рис. 13.10).

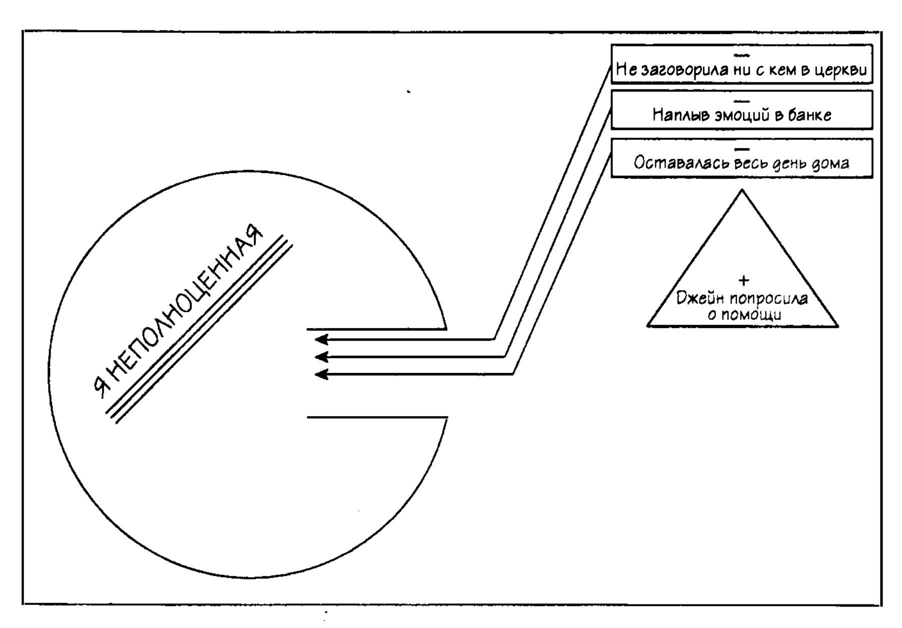


Рис. 13.10. *Положительное событие*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понимаете, треугольник не может пройти через прямоугольный разрыв? Он должен *измениться*, чтобы соответствовать входу. Итак, вы сказали себе: "У нее должно быть, трудности, раз она хочет, чтобы *я* ей помогла", и положительный треугольник стал отрицательным прямоугольником. (*Рисует.*) Теперь он может вписаться... Видите?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Снова подчеркивает "Я неполноценная".*) И это снова усиливает идею о неполноценности (рис. 13.11).

ЕЛЕНА: Да.

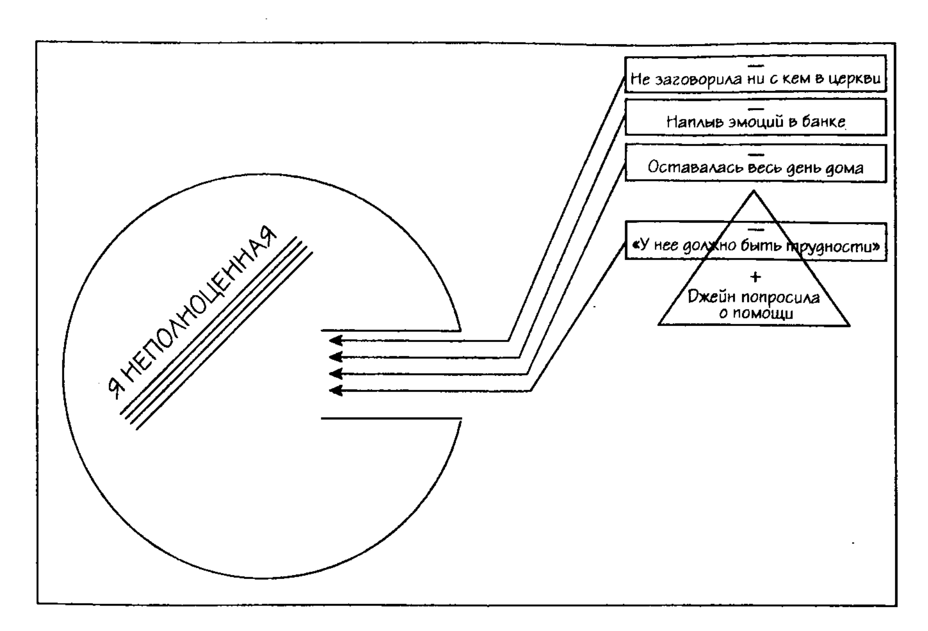


Рис. 13.11. Положительное событие не меняет ситуации

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте посмотрим, можем ли мы рассмотреть другие примеры. Что вы делали такого на этой неделе, по поводу чего могли бы сказать, что вы в порядке, а не неполноценны?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Я начала учиться работать с программой Word на компьютере Джейн.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это здорово! И вы сказали себе: "Это действительно хорошо. Я осваиваю компьютер!"?

ЕЛЕНА: Нет, ничего подобного.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что вы сказали себе?

ЕЛЕНА: Что это позорно. Я, наверное, единственный человек из всех, кого я знаю, кто еще не умеет этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует, как она говорит.*) О, похоже, случилось то же самое. Здесь у вас было положительное событие, положительный треугольник, и он должен был быть изменен на отрицательный прямоугольник, чтоб вписаться (рис. 13.12). Верно?

ЕЛЕНА: Да, полагаю, что так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возьмем еще один пример. (*Пауза.*) Давайте посмотрим. Вы сказали мне, что занимаетесь своей квартирой: красите стены, избавляетесь от старой одежды и вещей, чините кухонный стол.

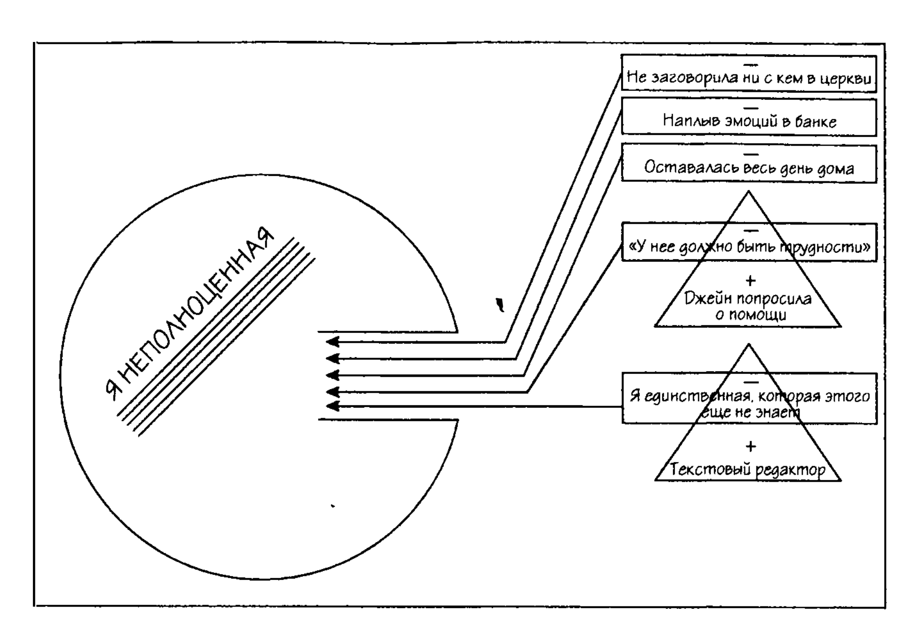


Рис. 13.12. Другое положительное событие также приобретает отрицательное значение

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И когда вы делаете это, то сразу думаете "Это показывает, что я в порядке, а не неполноценная"?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Нет, я не думала об этом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но если бы вы не сделали этого, то думали бы, что вы неполноценная?

ЕЛЕНА: Да, наверное.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) Итак, вот уже несколько положительных треугольников, которые просто отскакивают от вашего глубинного убеждения (рис. 13.13). Вы на самом деле не понимали, что все эти вещи были положительными. Что вы думаете об этой теории? Почти все, что вы делаете, что случается с вами положительного, либо превращается в негатив, либо отскакивает прочь, и вы просто не замечаете этого.

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Да, я полагаю... это кажется верным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что происходит постоянно? Если вы вновь и вновь видите все в отрицательном свете, не замечая положительного либо превращая его в негатив, идея о неполноценности будет все более и более усиливаться, при том, что останется неверной?

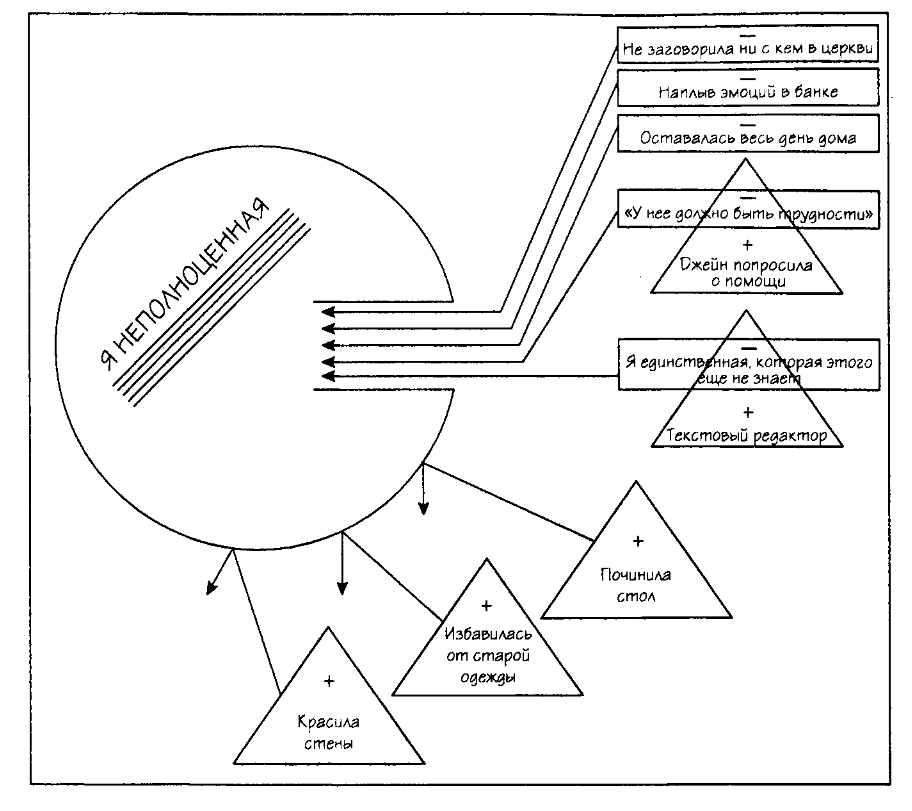


Рис. 13.13. Несколько других положительных событий не способны изменить глубинное убеждение

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Я не знаю. В этом есть смысл.

ТЕРАПЕВТ: Ну, это для размышлений. (*Пауза.*) Что вы думаете о домашнем задании, которое состоит в том, чтобы замечать положительные и отрицательные события и наблюдать, что происходит и как вы это интерпретируете? Это будет хорошо?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Рисует.*) Вы можете написать их прямо на этом листе. Записывайте отрицательные события, которые сразу заставляют вас чувствовать себя неполноценной, слева под прямоугольником. И записывайте положительные события справа под треугольником (рис. 13.14). На следующей неделе мы поговорим о том, как вы можете разорвать этот паттерн. Хорошо звучит?

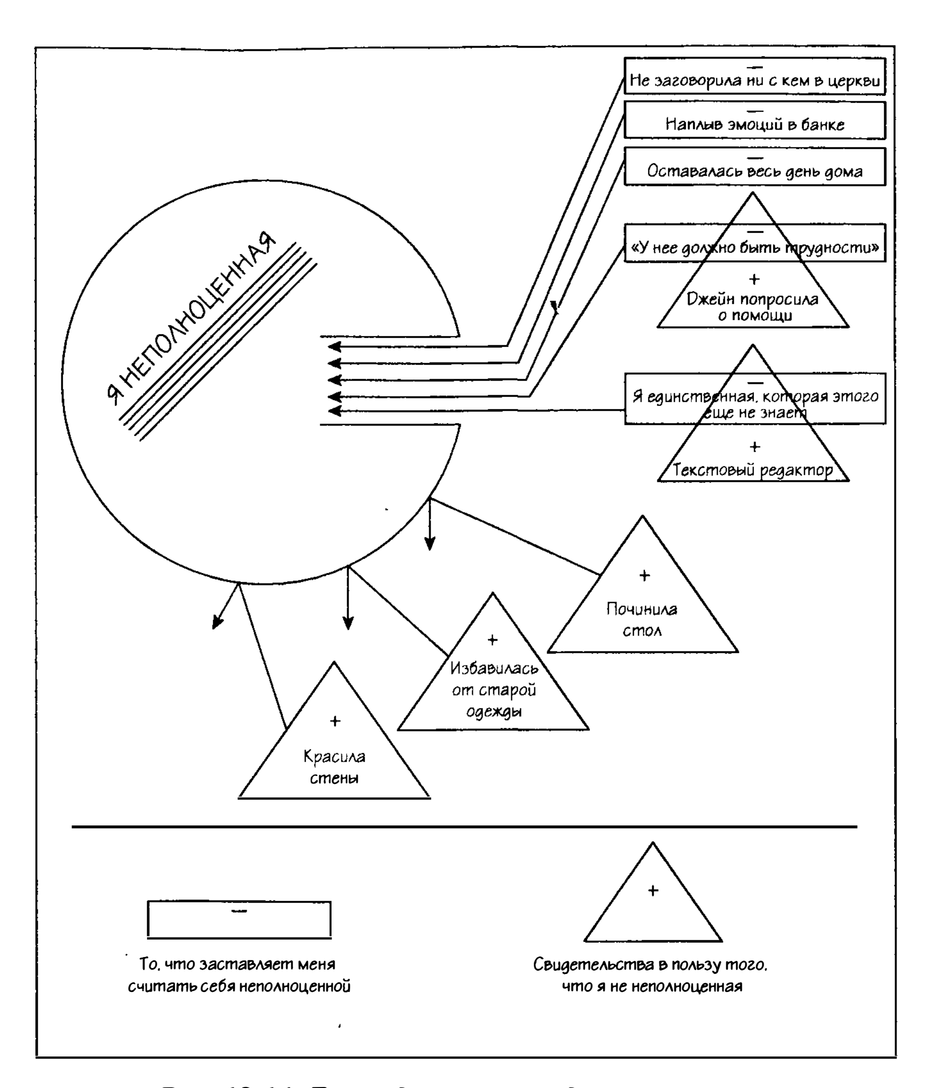


Рис. 13.14. *Бланк домашнего задания клиентки*

В конце сессии психотерапевт попросила Елену подытожить, что она узнала, и записать на карточке.

> Идея о том, что я неполноценная, все более усиливается, потому что каждый день я воспринимаю ситуации так, чтобы из них следовал вывод о том, что я дура или ненормальная либо со мной что-то не так. И я игнорирую и сбрасываю со счетов положительные события, которые демонстрируют противоположное. Каждый раз, когда я это делаю, усиливается мысль о моей неполноценности. Благодаря психотерапии я могу это изменить.

Основной рисунок может быть дополнен рисунком положительной схемы. Например, если у клиентки есть некоторые положительные данные, противоречащие глубинному убеждению, психотерапевт может нарисовать меньшую окружность ниже той, которая содержит отрицательное глубинное убеждение, добавить треугольный разрыв и назвать ее адаптивным убеждением (рис. 13.15).

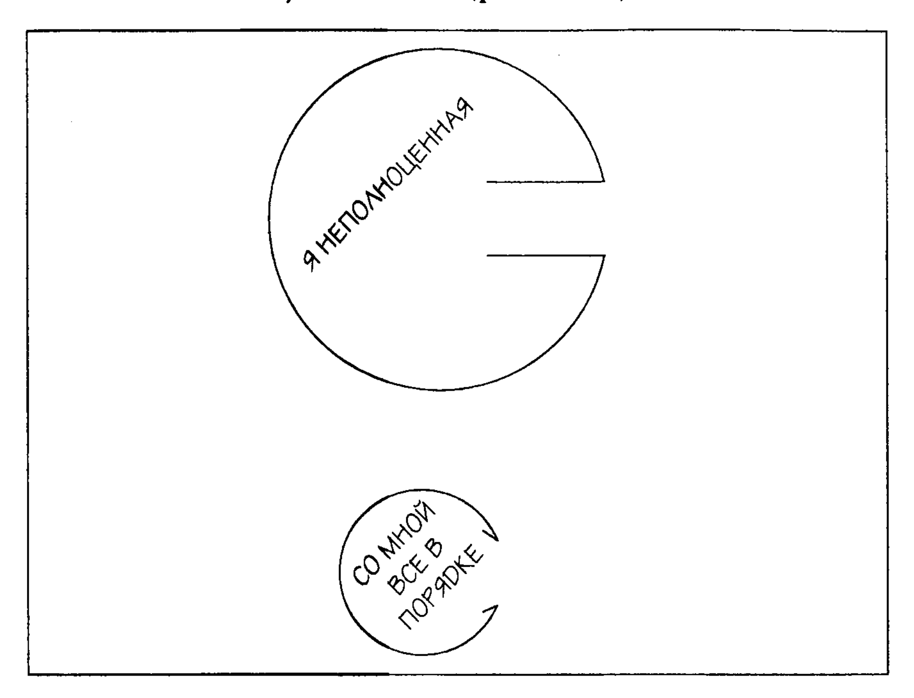


Рис. 13.15. *Адаптивное убеждение клиентки*

Или, если клиентка позитивно обрабатывает данные, но не может удержать результат, психотерапевт может изобразить вторую окружность "дырявой" (рис. 13.16).

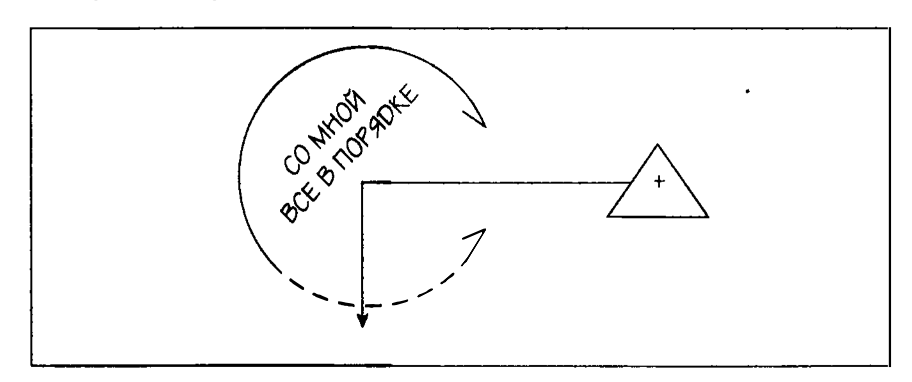


Рис. 13.16. *"Дырявое" адаптивное убеждение клиентки*

Использование аналогий

Аналогии также могут помочь понять, что глубинные убеждения — это просто очень сильные идеи. Психотерапевт Елены использовала пример с людьми доколумбовых времен, которые твердо верили, что Земля плоская, поэтому никогда не проверяли эту идею и избегали далеких плаваний. Психотерапевт также расспросила Елену о людях, у которых есть предубеждения, которые она не разделяет. Она смогла увидеть, как соседи с крайне консервативными взглядами зациклены на данных, которые поддерживают их идеи, и игнорируют либо оспаривают противоположные. Елена смогла увидеть, что ее собственное убеждение о неполноценности было сильным предубеждением против самой себя (см. *Padesky, 1993*).

Конструирование более реалистичных глубинных убеждений

Желательно, по крайней мере в начале, помочь клиенту разработать такое новое глубинное убеждение, которое не будет противоположностью старого. Елена смогла в конце концов поверить, что с ней "все в порядке" большую часть времени. Другой клиент, Хэл, принял убеждение, что он нормальный, со своими достоинствами и недостатками, как и все остальные люди.

Мотивирование клиентов к изменению глубинных убеждений

Психотерапевты могут усилить мотивацию клиентов к тяжелой работе по изменению глубинных убеждений, помогая им выявлять и записывать преимущества и недостатки этого. Кроме того, при определении преимуществ и недостатков *поддержания* существующего глубинного убеждения может быть получена важная дополнительная информация. Во время домашней работы и терапевтических сессий Елена продолжала составлять свои заметки (табл. 13.1). Психотерапевт помогла ей произвести рефрейминг своих дисфункциональных идей.

Клиентам также может быть полезно в деталях представить свою жизнь через 10 лет. Сначала такую, какая будет, если они не изменят свое глубинное убеждение: они стали на 10 лет старше, поизносились, а их жизнь еще более скудная и болезненная. Затем психотерапевт может помочь клиентам представить свою жизнь через 10 лет, когда вот уже как 10 лет у них хорошее самочувствие, функциональное поведение, улучшенные отношения и чувство удовлетворенности работой и другими занятиями.

Таблица 13.1. Преимущества и недостатки изменения глубинного убеждения

Преимущества изменения глубинного убеждения	**Недостатки изменения глубинного убеждения**
Почувствовать себя лучше Двигаться вперед по жизни Начать встречаться с парнем Получить работу Иметь регулярный доход Покупать вещи, которые хочу (компьютер, телевизор, компакт-диски, одежда и т.д.) Иметь возможность больше питаться вне дома Не чувствовать себя хуже членов своей семьи Не оправдываться за то, что не смогла сделать Меньше тревожиться за людей Заниматься чем-то, кроме просмотра телевизора Наслаждаться большим количеством вещей в жизни	Я буду испытывать тревогу, хотя она и будет ограничена во времени Я боюсь, что не буду знать, кто я, но это не означает изменения каких-то хороших идей о себе, — только идеи "Я неполноценная" Мне придется рисковать, но выигрыш стоит того Мне придется выполнять тяжелые задания, но психотерапевт мне поможет
Преимущества сохранения глубинного убеждения (после рефрейминга)	**Недостатки сохранения глубинного убеждения**
Я могу избежать тревоги, но избегание заставляет меня испытывать подавленность и безнадежность Мне не нужно будет сталкиваться с проблемами и, возможно, терпеть неудачи, но я продолжу вести скучную, бедную жизнь; кроме того, психотерапия может облегчить мои проблемы Это дает мне повод оставаться дома и смотреть телевизор, но телевизор — это лишь временное отвлечение, и я обычно чувствую себя хуже в конце дня, когда понимаю, как мало сделала Не хочу прилагать много усилий в психотерапии, но потенциальный выигрыш велик	Сохраняет и поддерживает мое подавленное состояние Изолирует от людей Удерживает от приятных переживаний Не позволяет наслаждаться полезной деятельностью Заставляет чувствовать себя виноватой, неудачницей Не дает возможности достигать моих целей Не дает возможности получать регулярный доход Заставляет впустую тратить свое время и жизнью

Клинический случай с техниками изменения глубинных убеждений

Многие техники, описанные в книге *Когнитивная терапия: полное руководство* (*J. Beck, 1995*) и в главах 11 и 12, применяются для помощи клиентам в изменении глубинных убеждений. Как и в предыдущем разделе и в главе 12, мы используем клинический случай Елены — хронически депрессивной, ранее зависимой от алкоголя безработной женщины — для иллюстрации основных интервенций, которые призваны помочь клиентам в изменении их глубинных убеждений.

Распознание активации глубинных убеждений

Прежде всего, для Елены было важно осознать, когда активировалось глубинное убеждение. После того как психотерапевт представила клиентке идею об отрицательном восприятии ситуаций в соответствии с глубинным убеждением ("отрицательный прямоугольник"), она постоянно к ней апеллировала. Психотерапевт просила ее доставать копинг-карточку, которую они составили вместе, каждый раз, когда клиентка чувствовала себя подавленной и обнаруживала, что пытается избежать дистресса.

> Верю ли я снова в то, что я неполноценная?
>
> Если это так, я, вероятно, переживаю ситуацию из отрицательного прямоугольника. Какое есть альтернативное объяснение этой ситуации или взгляд на нее?

Психотерапевт также контролировала силу глубинного убеждения Елены в начале терапевтических сессий и помогала ей выявлять "отрицательные прямоугольники", возникающие в течение недели, чтобы поговорить о них во время сессии. Она также стала чаще наводить мосты между сессиями, пытаясь выявить положительные треугольники, о которых Елена, возможно, не сообщила.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Расскажите мне больше о своей неделе. Что хорошего случилось? Что вы делали? Случилось ли что-нибудь приятное? Что-то, что порадовало вас? Вы проводили время с Джейн или с сестрой?

Всякий раз, когда они обсуждали актуальную проблему во время сессии, психотерапевт пыталась выяснить, не привело ли глубинное убеждение Елены к выраженному дистрессу или дисфункциональному поведению.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подытоживая*) Итак, друг вашей сестры позвонил вам по поводу возможной работы, но вы не перезвонили ему. Считаете ли вы, что вам помешало ваше глубинное убеждение о неполноценности?

Изменение обработки отрицательной информации

После того как Елена подтвердила, что нарисованная модель действительно отображает то, как она обрабатывала информацию, психотерапевт начала учить ее реагировать на отрицательную информацию, записывая слово "НО" рядом с каждым прямоугольником. Затем с помощью сократического диалога она помогла клиентке сформулировать правдоподобное альтернативное объяснение или альтернативный взгляд на событие.

Я ни с кем не заговорила на встрече анонимных алкоголиков	НО это не значит, что я неполноценная. Я просто была слишком встревожена
Я не оплатила свои счета	НО это потому, что я стараюсь избегать того, что мне тяжело выполнять: я учусь это изменять
Я просидела все воскресенье дома	НО это потому, что я чувствовала себя подавленной, а не потому, что я неполноценная

Психотерапевт помогла Елене понять, что "отрицательные прямоугольники" представляют собой ситуационную часть когнитивной модели и что поиск альтернативных объяснений или точек зрения означал, по сути, второй вопрос из "Дневника автоматических мыслей". Психотерапевт попросила Елену составить перечень ее "отрицательных прямоугольников", реагируя на каждый из них в соответствии со своим глубинным убеждением.

Психотерапевт предложила Елене произвести дома рефрейминг этих “отрицательных прямоугольников”. Например, такая альтернативная точка зрения могла бы заключаться в ответе на следующий вопрос.

- “Что сказали бы об этом (Джейн, моя сестра, психотерапевт)?”

Психотерапевт также предположила, что интерпретация Елены себя как неполноценной во многом обусловлена тем, что Елена представляет реакцию отца. Восприятие своего автоматического ответа как исходящего из крайне недоброжелательного и ненадежного источника помогло клиентке снизить степень доверия к этой мысли.

Чтобы помочь Елене справиться с некоторыми из ее “отрицательных прямоугольников”, психотерапевт осуществила дополнительное психообразование. Одной из трудностей, с которыми сталкивалась Елена, было выполнение повседневных обязанностей, таких как ранние подъемы, уборка в квартире, оплата счетов — по существу, принуждение себя делать то, чего она делать не хотела. Она всегда видела причины трудностей при выполнении этой работы в своих лени и неполноценности.

По ходу психообразования Елена осознала, что дети обучаются самодисциплине и стойкости к фрустрациям благодаря настойчивости родителей. Так, хорошие родители следят за тем, что делают их дети (например, выполняют свои домашние обязанности), подкрепляют их успехи и разумно применяют последствия, когда дети не выполняют своих обязанностей. Они помогают детям структурировать свое время и дают им задания, чтобы семья хорошо функционировала. Со временем эти родители предоставляют детям все больше ответственности по дому. Дети учатся делать то, чего они не хотят делать, учатся не бороться со своими родителями или с самими собой по поводу обязанностей — по существу, они учатся не оставлять себе выбора в том, делать ли определенные вещи. Такой опыт почти полностью отсутствовал в детстве Елены, поэтому неудивительно, что ей трудно дисциплинировать себя, будучи взрослой. Психотерапевт помогла ей пересмотреть идею, что она ленива и неполноценна; скорее, ей не хватало определенных навыков, которым она могла бы обучиться.

Изменение обработки положительной информации

Для Елены также было важно знать, когда она обесценивала или игнорировала положительные данные о себе. Психотерапевт помогла ей изменить это обесценивание. Например, один из "положительных треугольников" Елены, который превратился в "отрицательный прямоугольник", содержал такую идею.

> "*Я помогла Джейн установить книжные полки, но каждый мог бы это сделать*".

Психотерапевт помогла осознать это обесценивание.

> "НО Джейн не могла этого сделать. Это доказательство того, что я не неполноценная".

Психотерапевт дала Елене задание написать этот адаптивный ответ в своем перечне "положительных треугольников". Другие примеры были такими.

> "*Я отправляюсь на собеседование, хотя, вероятно, не пройду его*", НО в любом случае хорошо, если я попробую.
>
> "*Я убрала в своей квартире, хотя сделала это не очень хорошо*", НО мне удалось сделать что-то из запланированного.

Елене было трудно распознать положительные данные, которые она считала сами собой разумеющимися. Со временем она вела себя все более и более функционально, у нее появлялось больше данных, поддерживающих новое убеждение о том, что с ней все в порядке. Она также провела *рефрейминг* в отношении множества дисфункциональных вещей. Психотерапевт задала Елене следующие вопросы, чтобы она затем записала свои ответы на них в свой список "положительных треугольников".

- **"Можете вспомнить, что происходило с вами на этой неделе? Что вы сделали такого, что бы я отметила и сказала «Это показывает, что с вами все в порядке»"?**
- **"Что вы делали на этой неделе такого, что, если бы ваш друг/член семьи/соседка/коллега сделал это, вы сказали бы «Это свидетельствует о том, что с ним все в порядке»"?**

Исследование обработки информации

Психотерапевт также помогла Елене понять, что она с детства отслеживала негативные данные и не обратила внимание на положительные данные. Она попросила клиентку вспомнить отрицательные и положительные события детства – начальной школы, средней школы и позднее. Для каждого из этих периодов Елене следовало составить списки для "отрицательных прямоугольников" и "положительных треугольников".

И на сессии, и при выполнении домашнего задания Елена осуществляла рефрейминг негативных данных и обесцененных положительных данных. Психотерапевт также дала клиентке задание пролистать альбомы с фотографиями и поговорить с заботившимися о ней тетей и дядей, с которыми она провела определенный период детства. Это помогло ей выявить новые "положительные треугольники". Вместе с психотерапевтом она проанализировала данные, накопленные за каждый период своей жизни, и пришла к адаптивным выводам.

Благодаря этому процессу Елена смогла понять, например, что ее плохая успеваемость в конце начальной школы не означает, что она была неполноценной. Посредством сократического диалога она пришла к выводу, что это, скорее всего, связано с эмоциональным потрясением, которое она переживала дома, – учитывая алкоголизм отца и его физическое насилие по отношению к ней, а также депрессию матери. Она смогла увидеть, что вариант сдаться был естественным ответом на чрезвычайно стрессогенное окружение.

Сократический диалог

Наряду с вопросами, призванными провести рефрейминг "отрицательных прямоугольников" (и обесцененных "положительных треугольников") и выявить другие "положительные треугольники", психотерапевт постоянно задавала Елене вопросы, чтобы оценить ее глубинное убеждение в контексте конкретных проблем. Некоторые из множества вопросов, которые она задавала в ходе психотерапии, перечислены ниже.

Общие вопросы

- "Что означает «неполноценная»"?
- "Вот мое определение неполноценного человека... Что вы думаете по этому поводу?"
- "Если у кого-то была история, связанная с депрессией, означает ли это, что человек неполноценный? Разве это не может означать, что у него просто есть недуг?"
- "Если бы выяснилось, что ваш племянник вырос в травмирующих обстоятельствах и впал в депрессию на многие годы, вы хотели бы, чтобы *он* считал себя неполноценным?"
- (*После исследования детского опыта Елены*) "Ну, неудивительно, что вы выросли, полагая себя неполноценной. Разве вы не считаете, что любой ребенок при таких обстоятельствах поверил бы в это? Вы понимаете, что даже если он очень в это верит, это может быть неправдой?"
- "Разве невозможно, чтобы люди имели слабости и недостатки, даже много слабостей и недостатков, не будучи при этом неполноценными?"

Вопросы об использовании дисфункциональных копинг-стратегий

- "Как вы думаете, ваше убеждение в том, что вы неполноценная, активировано в этой ситуации?"
- "Как вы думаете, вы могли бы вести себя дисфункционально только потому, что *чувствуете* себя неполноценной?"
- "Является ли это дисфункциональное поведение еще одним «отрицательным прямоугольником»"?
- "Как вы можете сейчас ответить на этот прямоугольник?"
- "Если бы вы не чувствовали себя неполноценной, вы могли бы вести себя по-другому? Как бы это было?"
- "Что бы сделал действительно неполноценный человек в этой ситуации?"

Вопросы об использовании более функционального поведения

- "Как бы вы могли действовать в ситуациях, когда проявляете адаптивное поведение вместо привычной копинг-стратегии?"
- "Возможно ли, что вы не настолько неполноценная, как ощущаете?"

Терапевтические заметки

Почти на каждой сессии психотерапевт помогала Елене делать выводы, которые она записывала на карточках. На протяжении их сессий психотерапевт постоянно задавала себе следующий вопрос.

- "Что необходимо Елене запомнить на этой неделе?"

Ежедневный просмотр этих карточек дома был важной частью усилий Елены по интеграции новых, более функциональных идей.

Изменение сравнений

Елена постоянно расстраивалась, когда сравнивала себя со своей сестрой, одноклассниками, подругой Джейн и соседями. Психотерапевт помогла ей признать негативное влияние этих сравнений на настроение, мотивацию и поведение. Они решили, что если она поймает себя на таких сравнениях, то должна будет немедленно их изменить. Вместо этого она могла сравнивать себя с собой же, только в более неблагоприятный период жизни, и вспоминать, насколько она отличалась тогда от себя нынешней и какого прогресса достигла.

Когнитивный континуум

Однажды Елена пришла на терапевтическую сессию очень расстроенной после поездки к родителям. Отец унизил ее в присутствии сестры и племянника за то, что она работает неполный рабочий день, не имеет квалификации, не состоит в браке и не имеет детей. Когда психотерапевт спросила, насколько неполноценной она себя ощущала, Елена ответила, что на 100%. Психотерапевт начала рисовать шкалу (см. окончательную версию на рис. 13.19).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вы чувствуете себя на 100% неполноценной. Может ли кто-то быть более неполноценным, чем вы?

ЕЛЕНА: (*хватаясь за голову*) Я не знаю. Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Ожидает.*)

ЕЛЕНА: (*наконец*) Да, наверное. Мы говорили о нем раньше: Фред.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подчеркивая то, что Елена считала особенно нежелательным*) Парень, которого вы знаете, который избивает свою жену и детей и прикрывается справкой об инвалидности, хотя с его спиной уже все в порядке?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что, если он на 100% неполноценный, как же тогда оценить ваш процент?

ЕЛЕНА: 90%, я полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*перечеркивает имя Елены на шкале, пишет имя "Фред" и записывает имя Елены ниже по шкале*) Есть кто-нибудь, более неполноценный, чем Фред?

ЕЛЕНА: Я думаю, убийца.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*предлагая конкретного человека*) Парень Джо, полагаю, назовем его так. Он живет здесь неподалеку с маленьким ребенком. Он убил свою жену, чтобы получить деньги от страховой компании.

ЕЛЕНА: Да, он.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, куда бы вы поместили Джо?

ЕЛЕНА: Ну, он должен быть на 100%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что же делать тогда с Фредом?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Опустить его ниже по шкале. Может быть, 70%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы... Где вы теперь разместили бы себя на этой шкале?

ЕЛЕНА: 50%, полагаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*продолжает перечеркивать предыдущие имена на шкале и выставляет новые позиции в соответствии с новыми рейтингами Елены*) А где с точки зрения неполноценности находится Саддам Хусейн?

ЕЛЕНА: О, он, определенно, на 100%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда куда перемещается убийца Джо?

ЕЛЕНА: 90%, думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кто находится между убийцей Джо и Фредом?

ЕЛЕНА: Хм... Наверное, насильник.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А между насильником и Фредом?

ЕЛЕНА: Не знаю. Растлитель малолетних.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так где же будут насильник и растлитель малолетних? Где будет Фред? Где будете вы?

ЕЛЕНА: (*Перемещает всех вниз; теперь она выставляет себе отметку в 40%.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А кто может быть между вами и Фредом?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как насчет тех, кто не столь неполноценный, как Фред, но с кем явно не все в порядке? Как в отношении безработного, который не страдает от депрессии и не имеет каких-либо других проблем, у кого есть семья, но он крайне эгоистичен, просто не хочет работать, и его семья живет в бедности?

ЕЛЕНА: Да, это плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Куда вы могли бы поместить такого человека?

ЕЛЕНА: Хм... Может, 40%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И мне просто любопытно, где бы вы разместили своего отца?

ЕЛЕНА: (*Смотрит на шкалу.*) Ему я тоже отвела бы 40%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотя он работает, женат, у него есть семья и дети?

ЕЛЕНА: Да. Он неполноценный в ином отношении.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И где сейчас вы сами находитесь на этой шкале?

ЕЛЕНА: Около 20%, я думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И куда, по-вашему мнению, *я* поместила бы вас на этой шкале?

ЕЛЕНА: Ну, вы до этого сказали, что не считаете меня неполноценной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, я разместила бы вас на нулевом уровне неполноценности.

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Запишем это. Елена, как вы сейчас себя чувствуете?

ЕЛЕНА: Лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какая идея была изменена?

ЕЛЕНА: (*Глубоко вздыхает.*) Я полагаю, мой отец действительно заставил меня чувствовать себя неполноценной. Но, возможно, это неправда. Возможно, он более неполноценный, чем я. (*Пауза.*) Возможно, есть и другие люди, которые более неполноценные, чем я.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Интересно, могли бы вы в качестве домашнего задания подумать о ком-либо, кого могли бы разместить на этой шкале?

ЕЛЕНА: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И не могли бы вы подумать еще о чем-то из того, о чем мы говорили ранее: что, может быть, вам действительно не место на шкале неполноценности? Может, вам место на шкале для людей, с которыми все в порядке, но они страдают от депрессии?

ЕЛЕНА: Да.

Таблица 13.2. Когнитивный континуум

Шкала неполноценности
100% — Саддам Хусейн
90% — Джо (убийца)
80% — насильник
70% — растлитель малолетних
60% — подонок, избивающий свою жену
50% — наркоторговец
40% — Фред, отец
30% — коррумпированный чиновник
20% — Елена (по ее мнению)
10% — лицемерный проповедник
0% — Елена (по мнению психотерапевта)

Поведение "как если бы"

Когда Елена сообщила, что она приглашена на свадьбу, психотерапевт попросила ее представить, как бы она себя вела, если бы больше не верила в свое старое глубинное убеждение, но верила в новое, более адаптивное.

> ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, Елена, если вы действительно верите в то, что вы не неполноценная и что с вами действительно все в порядке, что бы вы делали на свадьбе кузена на этих выходных? Вы приехали бы туда вовремя? Как бы вы выглядели, входя в банкетный зал? Какова была бы ваша поза? Лицо? Что бы вы сделали, увидев своего кузена? Его невесту? Что бы вы сказали ее семье? Что бы вы сказали своим родственникам? Друзьям вашей семьи? Что бы вы сказали гостю, которого не знаете?

После этого обсуждения психотерапевт отрепетировала с клиенткой, что та могла сказать до и во время мероприятия, чтобы повысить вероятность того, что Елена будет вовлечена в более функциональное поведение.

Обращение к ролевым моделям

Психотерапевт попросила Елену подумать о положительной модели для подражания — как в плане мышления, так и в плане поведения — в определенных ситуациях. Она предположила, что ее образцом для подражания может быть кто-то, кого она знала, персонаж из кино или литературы, либо общественный деятель. Они решили, что полезно было бы подумать о том, как подруга Елены Джейн рассматривала бы себя в определенных ситуациях, например, когда совершила ошибку или должна прийти на общественное мероприятие, где никого не знала.

- **"Если бы Джейн превысила свой кредит по счету, как бы она поступила?"**
- **"Если бы Джейн собиралась пойти на вечер, организованный церковной общиной, где она никого не знает, что бы она делала?"**

Рационально-эмоциональные ролевые игры

После значительной работы по ослаблению старого глубинного убеждения и укреплению нового Елена отметила, что интеллектуально понимала, что не является неполноценной, но все же эмоционально ощущала себя такой. Психотерапевт провела рационально-эмоциональную игру (см. *J. Beck, 1995*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы сейчас убеждены в том, что неполноценны?

ЕЛЕНА: Не так уж сильно — интеллектуально. Я не знаю. В моем животе такое ощущение, как будто я все еще неполноценная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можем ли мы сыграть в игру? Я буду играть роль той части вашего разума, которая знает, что вы не неполноценная, а вы будете играть роль эмоциональной части вашего разума, которая все еще верит в вашу неполноценность; и вам следует активно выдвигать доводы, чтобы убедить меня в своей неполноценности. Хорошо?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, начинайте. Скажите "Я неполноценная, потому что..." И я дам ответ.

ЕЛЕНА: (*Вздыхает.*) Я неполноценная. У меня эта паршивая, низкооплачиваемая работа. Я до сих пор не замужем... Я ничтожество.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это неправда. Я не ничтожество. Я нормальный человек. У меня нет многого из того, что мне хотелось бы иметь, потому что моя депрессия удерживала меня долгие годы, но это не значит, что я неполноценная.

ЕЛЕНА: Само наличие депрессии делает меня неполноценной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, не делает. Не более чем наличие проблем со здоровьем, таких как болезни сердца, делает кого-то неполноценным. Это правда, что я что-то упустила в жизни, но это ничего не говорит обо мне как о человеке.

ЕЛЕНА: (*Молчит.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*вне ролевой игры*) Теперь спорьте со мной. Убедите меня, что я не права, что вы неполноценная.

ЕЛЕНА: Но должно быть что-то совсем не так со мной, раз я впала в депрессию и остаюсь в ней, потратив столько лет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Со мной что-то не так. Я была подавлена!

ЕЛЕНА: Но некоторые люди, будучи в депрессии, выходят замуж, имеют семью, работу и не становятся алкоголиками, как я.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это правда. У людей разная наследственность и свой темперамент, они формируются по-разному, проживают разную жизнь. Некоторые депрессивные люди справляются лучше, чем я, а некоторые справляются хуже, но это не означает, что с более эффективными из них все в порядке, а я неполноценная.

ЕЛЕНА: (*Молчит.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*вне ролевой игры*) Продолжайте спорить.

ЕЛЕНА: Но у меня нет жизни. У нормальных людей она есть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это правда, что у меня нет такой жизни, какой бы мне хотелось. Пока. Но у меня есть жизнь — и я улучшаю ее с каждым днем. В последние несколько месяцев я устроилась на работу, я много двигаюсь, я переехала, начала общаться с людьми в церкви и выполнять работу по дому.

ЕЛЕНА: Но я должна была это сделать несколько лет назад.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне хотелось бы так сделать. И если бы у меня было другое лечение от депрессии несколько лет назад, возможно, так бы и было. К сожалению, такого лечения я не получила.

ЕЛЕНА: (*Молчит.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете продолжать спорить?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Я не могу ничего придумать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Можем ли мы сейчас переключиться? Я бы хотела, чтобы вы были интеллектуальной частью своего разума, которая знает, что с вами все в порядке, а я буду эмоциональной его частью, которая до сих пор ощущает неполноценность.

ЕЛЕНА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я начну... Я знаю, что я неполноценная. У меня эта паршивая работа, которая плохо оплачивается. Я не замужем, у меня нет детей... Я ничтожество.

Они продолжили ролевую игру до тех пор, пока психотерапевт не повторила все эмоциональные аргументы, которые Елена использовала в первой части ролевой игры. Если Елена застревала, психотерапевту

приходилось преувеличивать эмоциональные аргументы или выходить из ролевой игры, чтобы обсудить адаптивный ответ. Несколько сессий спустя она использовала вариацию этой техники, в которой попросила Елену играть роли обеих частей своего разума.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*подводя итог*) Итак, открыв свои счета и увидев, сколько нужно заплатить, вы подумали: "Я настоящая неудачница". Это означало для вас, что вы неполноценная?

ЕЛЕНА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит вам об этом голова?

ЕЛЕНА: Что я становлюсь лучше. По крайней мере, сейчас у меня есть работа на полный рабочий день.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вам говорит об этом внутреннее чувство?

ЕЛЕНА: Что это все еще минимальная заработная плата.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что говорит на это голова?

ЕЛЕНА: Думаю, то, о чем мы говорили. Что это шаг к чему-то лучшему. Что несколько месяцев назад я проводила большую часть времени в кровати.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит внутреннее чувство?

ЕЛЕНА: Что это весьма жалкие достижения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что отвечает на это голова?

ЕЛЕНА: (*Думает.*) Я полагаю... что это не жалко. Когда ты находишься в депрессии длительное время, это нормально.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит об этом внутреннее чувство?

ЕЛЕНА: Думаю, ничего. Оно молчит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо.

Интервенции в окружении

По мере терапевтического прогресса и связанного с ним ослабления депрессии Елену все больше и больше не устраивала ее квартира. Она была маленькой и темной, находилась в плохом районе. С большим страхом, но при поддержке психотерапевта и подруги Джейн Елена начала искать другие варианты проживания. Стало очевидно, что ей придется с кем-то делить жилплощадь, если она хочет перебраться в более хорошую часть города. В конце концов, она нашла дом, сдававшийся

возле университета; две аспирантки, которые уже жили в нем, искали себе соседку. Хотя переезд и привыкание были трудными, это оказалось хорошим решением. Елена хорошо ладила с соседками, особенно с одной из них, хотя ее несколько раздражала вторая. Быт Елены, ее социальная жизнь и общественная деятельность изменились к лучшему. Она должна была соблюдать правила общежития, поэтому не могла откладывать мытье посуды, чистку ванны или уборку на общей территории. Соседки иногда брали ее на свои вечеринки. Ей было с кем поговорить вечером. Елена начала постепенно чувствовать себя более нормальной.

Вовлечение семьи

После тщательной оценки преимуществ и рисков Елена и психотерапевт решили пригласить сестру Елены, Джули, поучаствовать в сессии, чтобы узнать ее точку зрения на проблемы Елены. После некоторого психообразования и рассмотрения того, как депрессия повлияла на Елену, психотерапевт мягко поинтересовалась мнением Джули. В ответ Джули сказала, что сожалеет, что эта депрессия так сказалась на жизни Елены. Она отметила некоторые положительные изменения в ней за предыдущие несколько месяцев и выразила гнев по отношению к их отцу, к тому, как он издевался над Еленой, когда та была ребенком, и продолжает это делать по сей день. Джули заявила, что рассматривает Елену не как неполноценного человека, а как упорно борющегося. Она спросила, чем может помочь Елене. Елена была очень тронута и смогла поверить в слова сестры. После этой сессии Джули и Елена стали чаще общаться по телефону и видеться один-два раза в месяц. Джули продолжала проявлять поддержку и заботу, предоставляя "положительные треугольники".

Групповая терапия

Хотя Елена так и не решилась участвовать в групповой терапии или в группе поддержки, такой опыт часто помогает клиентам осуществить рефрейминг "отрицательных прямоугольников" (равно как и данных, свидетельствующих в пользу "положительных треугольников"), поскольку они начинают понимать, что у всех людей есть проблемы, но они при этом не являются неполноценными или плохими, негодными или беспомощными. Понимание того, что все борются и могут преодолевать свои трудности, помогает клиентам по-новому смотреть и на новых себя.

Сны и метафоры

Примерно через полтора месяца после начала психотерапии Елена рассказала о своем сне прошлой ночью. Она была одета в лохмотья, стояла рядом с быстротекущей рекой, отчаянно желая ее пересечь, но боялась, что утонет. Психотерапевт исследовала ассоциации и значения Елены. Она выразила темы беспомощности, желания улучшить свою жизнь, страха перед попытками сделать это. Возможно, ее лохмотья символизируют неполноценность. Она согласилась углубиться в этот сон, чтобы найти способы его улучшить. Елене понравилось предложение психотерапевта о том, чтобы построить в своем воображении мост через реку, который символизировал бы достижение ее целей.

Они решили, что первым шагом будет представить себе, как будет выглядеть мост. Изначально Елена описала его как очень высокую и сложную конструкцию. После некоторого обсуждения она решила, что достаточно будет и низкого моста — его будет легче построить и будет не так страшно переходить.

Елена сказала, что ей нужно начать с установления на обоих берегах больших каменных глыб, которые послужат опорами. Она и психотерапевт решили, что эти опоры должны возвышаться над поверхностью реки. Камни были сильными сторонами Елены, ее ресурсами: интеллектом, желанием получать помощь, настойчивостью (например, быть и оставаться трезвой), сильными дружескими отношениями с Джейн, улучшенными отношениями с сестрой, готовностью работать в психотерапии, навыками, которым она обучилась и т.д.

Они решили, что следующий шаг будет заключаться в том, чтобы Елена собирала дополнительные камни, складывала их в лодку и достраивала из них опоры для моста. Когда Елена стала беспокоиться о том, что у нее будет недостаточно сил для этой работы, психотерапевт спросила, хочет ли она представить, как получает помощь. Елена почувствовала заметное облегчение, когда поняла, что ей не нужно возводить мост в одиночку. Они говорили о том, что символизируют собой новые камни, и решили, что они станут новыми навыками, которым Елена могла бы обучиться, — особенно тому, как вовлечь себя в повседневное адаптивное поведение (вставать с постели до 09:00 и заниматься домашними делами).

Они также обсудили, что делать с быстрым течением, и решили, что оно является олицетворением автоматических мыслей, которые, ускользнув от проверки, могут накренить или даже опрокинуть лодку: “Мне никогда не станет лучше. Это [терапия] не работает. Какой толк?

Не стоит даже пробовать. Все равно ничего не сработает". Они обсудили, что будет, если Елена доверится этим мыслям, если они понесут ее вниз по реке, все дальше и дальше от моста. Она признала, что ей придется научиться адаптивно реагировать на свои негативные мысли, удерживать внимание как на картинке моста, ведущего ее туда, куда она хочет попасть, так и на задачах, которые нужно ежедневно выполнять в процессе его возведения.

Представляя себе возведение опор, Елена не понимала, как осуществить эту задачу. Когда психотерапевт спросила, что она делала раньше, когда возведение опор ее не беспокоило, клиентка сказала, что снова могла бы попросить о помощи. Психотерапевт помогла ей понять, что она не была неполноценной из-за того, что не знала, что делать. Откуда она могла знать? У нее не было опыта в строительстве мостов. Они решили, что можно было бы поискать больше информации в Интернете, позвонить в строительную компанию, арендовать необходимое специальное оборудование. Елена представила себе начало стройки, как она сидит с Джейн, психотерапевтом и подрядчиком с чертежами на берегу и они направляют и подбадривают ее.

Когда психотерапевт спросила, о чем Елена думает и что чувствует, когда представляет такую обстановку, клиентка выразила тревогу по поводу того, что ей не хватит сил, чтобы закончить начатое. Психотерапевт обратила внимание, что поначалу полотно моста будет подниматься вверх. Клиентка признала, что наиболее сложная часть стройки ждет ее в начале, поскольку она все еще учится искусству возведения мостов, но потом будет становиться все легче и легче, особенно когда она достигнет середины моста, потому что с этой точки его полотно начнет снижаться. Они согласились, что важно строить по чуть-чуть, но ежедневно, чтобы Елена не была перегружена и не устала.

Психотерапевт попросила Елену дома нарисовать себя, занятую возведением моста, чтобы увидеть, какие мысли и чувства у нее возникли. На следующей сессии Елена добавила другие важные элементы в свой рисунок. Они обсудили ее опасения, что если она построит слишком высокий мост, то он может обрушиться, что означало для нее, что если она возьмется за решение излишне трудных задач, то потерпит неудачу и впадет в депрессию. Они решили, что нужно нарисовать четыре лодки, на равном расстоянии привязанные к опорам и берегам реки. Таким образом, если ей придется упасть, она могла бы ухватиться за конец и подтянуться к лодке. На каждой лодке были весла, небольшой мотор, набор для выживания и мобильный телефон. Лодки представ-

ляли доступ к внешним ресурсам: Джейн, ее сестре, психотерапевту. Вместе с психотерапевтом они обсудили вопрос об установке на мосту ограждения, чтобы предотвратить падение. Ограждением были дополнительные навыки, которым она обучилась в ходе психотерапии.

К этому метафорическому образу Елена и психотерапевт периодически возвращались во время терапии. Метафоры "сосредоточения на возведении моста" и "достижения прогресса в возведении моста" стали средствами напомнить Елене о том, что нужно собрать все свои усилия и признать свои достижения.

Реструктуризация значения травматических детских переживаний

Использование воображения для реструктуризации значения детских переживаний может помочь клиентам интегрировать на эмоциональном уровне то, чему они научились на интеллектуальном уровне. Психотерапевт неоднократно использовала с Еленой эту технику (особенно на завершающем этапе терапии), после того как она уже существенно изменила свои дисфункциональные предположения и убеждения — однако пока еще только на интеллектуальном уровне. Поэтому психотерапевт ждала момента, чтобы Елена пришла на сессию в состоянии выраженного дистресса, с активированными глубинными убеждениями. Такая интервенция помогла бы вывести клиентку на уровень эмоционального понимания, но только при условии, что аффект находится на управляемо высоком уровне и убеждения активированы.

В один из дней Елена пришла на сессию чуть ли не в слезах. Она только что приступила к новой работе, и коллега раскритиковал ее за то, что она совершает ошибки и доставляет ему много хлопот. Психотерапевт диагностировала глубинные убеждения, которые были активированы. Затем, вместо того, чтобы сосредоточиться на случившемся, она попросила Елену сосредоточиться на своих переживаниях и вспомнить о конкретных событиях из детства, когда она чувствовала себя точно так же.

Елена рассказала о случае с отцом (о нем она ранее упоминала в качестве примера "отрицательного прямоугольника"), когда ей было семь лет. Однажды субботним вечером осенью Елена принимала участие в футбольном матче. Ее отец, будучи явно навеселе, появился во второй части игры и начал ругать Елену за пропущенный гол. Затем начал громко спорить с кем-то из родителей. Когда Елена вышла после игры, отец стал унижать ее, обзывать и вытащил на стоянку, где избил.

Затем психотерапевт попросила ее заново рассказать эту историю, но на этот раз переживая происходящее так, как переживала семилетняя Елена, и в то же время оставаясь в ситуации "здесь и сейчас". Психотерапевт задавала клиентке вопросы, перейдя на речь семилетнего ребенка, чтобы поддерживать управляемо высокий уровень дистресса и выявлять важные детали, вскрывая ключевые автоматические мысли, убеждения и эмоции. "Семилетняя Елена, как ты себя сейчас чувствуешь? О чем ты сейчас думаешь? Почему это происходит?"

Психотерапевт дала клиентке указание продолжать представлять себе ситуацию, пока не закончится избиение и пока уже дома Елена не окажется в более безопасном месте (в своей кровати). Психотерапевт продолжала задавать вопросы "семилетней Елене", чтобы убедиться, что проявляются самые важные когниции. Затем она спросила семилетнюю Елену: "Что если к тебе войдет взрослая Елена, чтобы поговорить о том, что произошло?" Когда семилетняя Елена согласилась, психотерапевт попросила ее представить себе, как взрослая Елена входит в комнату. Она спросила семилетнюю Елену, где было бы лучше разместиться взрослому: стать у кровати, сесть рядом на постель, прилечь рядом, обняв? Затем она стала оказывать направляющую помощь в выстраивании расширенного диалога между детским и взрослым "Я" клиентки (эквивалент рационально-эмоциональной игры). Она спросила младшую Елену, о чем бы та хотела спросить себя взрослую, а затем предложила взрослой Елене ответить, используя слова, которые были бы понятны семилетнему ребенку.

С некоторыми подсказками от психотерапевта взрослая Елена рассказала младшей, что она ни в коем случае не плохая, что с ней все в порядке, что на самом деле она – замечательная девочка. Старшая Елена объяснила, что это отец поступил плохо, и напомнила, что он часто поступает плохо, когда слишком много выпьет. Старшая Елена сказала младшей, что дети и их родители переживают за Елену. Они не думают, что с ней что-то не в порядке. Они только считают, что что-то не так с ее отцом.

Психотерапевт инструктировала младшую Елену, чтобы та могла сказать старшей, с чем она не согласна или во что не верит, чтобы старшая Елена могла на это отреагировать. Психотерапевт измерила силу убеждений и интенсивность эмоций младшей Елены (на языке, который был доступен пониманию семилетнего ребенка). Когда младшая Елена почувствовала себя немного лучше и больше не верила так сильно отрицательным идеям о себе, психотерапевт дала ей возможность

задать больше вопросов себе взрослой, прежде чем попрощаться. Ее младшее "Я" спросило, будет ли отец продолжать ее избивать.

Психотерапевт направляла старшую Елену, чтобы та могла сказать, что ей очень жаль, но отец будет продолжать избивать свою дочь; однако маленькая Елена станет старше, избиения прекратятся. В один прекрасный день младшая и взрослая Елена придут на терапию за помощью, и взрослая Елена знает об этом, потому что она действительно была повзрослевшей маленькой Еленой. Младшая Елена спросила старшую, вернется ли та и поможет ли ей снова, и старшая Елена ответила утвердительно. Елена представила, как она семилетняя подошла к себе взрослой и обняла на прощание.

После упражнения на воображение психотерапевт обсудила с Еленой полученный опыт, и они поговорили об изменении убеждений на эмоциональном уровне. Затем они рассмотрели, как Елена может использовать новый опыт, чтобы подготовиться к ситуациям, в которых ее убеждение о неполноценности могло бы снова активироваться, и как новый опыт поможет ей реагировать более эффективно. Они повторили основные моменты этого терапевтического опыта, чтобы реструктурировать значение нескольких ключевых воспоминаний. Благодаря этой интервенции Елена смогла интегрировать на эмоциональном уровне то, что уже усвоила на интеллектуальном.

Описание использования воображения для изменений на уровне эмоционального понимания также можно найти у *J. Beck (1995)*, *Edwards (1990)*, *Holmes & Hackmann (2004)*, *Layden et al. (1993)*, *Smucker & Dancu (1999)* и *Young, Klosko, & Weishaar (2003)*.

Библиотерапия

Елена не желала выполнять задания, которые предполагали библиотерапию, но она, вероятно, выиграла бы от психообразования в отношении убеждений, ознакомившись с книгами *Prisoners of Belief* ("Узники убеждения", *McKay & Fanning, 1991*), *Reinventing Your Life* ("Изобретая свою жизнь", *Young & Klosko, 1993*), *Mind over Mood* ("Мысль прежде настроения", *Greenberger & Padesky, 1995*) и *Getting Your Life Back* ("Верните себе свою жизнь", *Wright & Basco, 2001*).

Изменение глубинных убеждений относительно окружающих

Те же методы, которые помогают клиентам изменить свои глубинные убеждения о себе, используются и для помощи им в изменении своих убеждений относительно окружающих. Елена придерживалась глубинного убеждения "Все будут меня критиковать". Как и в случае с другими ее убеждениями, психотерапевт исследовала широту, частоту и силу убеждения. Она концептуализировала, как это убеждение влияло на убеждение клиентки о себе ("Если люди критикуют меня, они, вероятно, правы, потому что я неполноценная") и на ее поведение ("Если я не буду принимать трудности, я не потерплю неудачу и ни у кого не будет возможности меня критиковать ").

Психотерапевт помогла клиентке проверить обоснованность ее убеждения посредством сократического диалога, который касался как общих, так и конкретных ситуаций: "Каковы доказательства этого убеждения? Каковы доказательства того, что это может быть неверно или не совсем верно?" Она помогла Елене дегиперболизировать это убеждение – как в целом, так и в конкретных ситуациях: "Если вас действительно критикуют, что может быть самым ужасным в этой ситуации? Как вы могли бы справиться? Что в этом случае лучшее, что может произойти? Какие наиболее вероятные последствия?" Психотерапевт вместе с клиенткой рассмотрела влияние этого убеждения как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. После этих обсуждений она помогла Елене составить копинг-карточки с адаптивными реакциями.

Когнитивный континуум помог Елене разрушить систему ее черно-белого мышления. Она смогла увидеть, что лишь очень немногие люди в ее жизни ее критиковали и что большинство людей были лишь слегка критичны по отношению к ней, нейтральны либо вообще не подвергали ее критике.

Терапевтические отношения также стали важным средством перемен. Изначально Елена предполагала, что психотерапевт будет ее критиковать, особенно за то, что она не выполнила домашнее задание. Когда психотерапевт реагировала без критики, клиентка осознала, что ее опасения по поводу этой реакции были необоснованными. Принятие со стороны психотерапевта предоставило дополнительные данные, противоречащие убеждению клиентки.

Психотерапевт помогла Елене разработать новое, более реалистичное и более функциональное убеждение, которое она записала на карточке.

> Никто не был столь критичен ко мне, как мой отец. В действительности только некоторые люди вели себя по отношению ко мне подобно ему (двое бывших руководителей и двое учителей в старшей школе). Большинство людей, которые действительно меня знают (например, Джейн, Шарона, Вейн и мой психотерапевт), не критикуют меня.

Выводы

Когда вы вынуждаете "трудных" клиентов поставить под сомнение их глубинные убеждения, нужно понимать, что это может подорвать их чувство "Я". Естественно, этот процесс приводит к тому, что клиенты становятся тревожными. Поэтому психотерапевты должны правильно выбирать момент и мотивировать клиентов к совместной работе. Многие стратегии требуют времени, чтобы помочь клиентам изменить их глубинные убеждения. Поддержка также требует усилий; поэтому психотерапевты должны постоянно повторять клиентам то, чему они научились, чтобы закрепить это как на интеллектуальном, так и на эмоциональном уровне, а также воплощать новые убеждения в поведении, чтобы сделать изменения глубокими и прочными.

Приложение А

Ресурсы, тренинги и методы контроля в когнитивной терапии

Эта книга была создана, чтобы помочь психотерапевтам осмыслить трудности в лечении клиентов и изменить лечение, чтобы эффективнее помогать своим клиентам. Психотерапевтам всегда нужно искать дополнительные ресурсы, чтобы максимизировать эффективность своей работы с клиентами, проблемы которых представляют особую сложность для врача. Иногда достаточно специальной литературы, но часто более полезным для психотерапевтов (и их клиентов) оказывается практическое обучение или наблюдения. В этом приложении мы рассказываем о двух организациях, миссия которых заключается в содействии профессиональному росту психотерапевтов, специализирующихся на когнитивной терапии.

Институт когнитивной психотерапии и исследований (Beck Institute For Cognitive Therapy And Research)

Институт Бека (`www.beckinstitute.org`) — это некоммерческий психотерапевтический центр, занимающийся обучением, клинической помощью и исследованиями когнитивной терапии. Аарон Т. Бек, доктор медицины, и я основали эту организацию в пригороде Филадельфии в

1994 году. С тех пор сотни специалистов в области психического здоровья прошли обучение когнитивной терапии в рамках программ очного и заочного обучения. Участниками тренингов по когнитивной терапии стали тысячи специалистов благодаря нашим программам обучения и поддержки для университетов, национальных и международных профессиональных ассоциаций, больниц и госпиталей, учреждений охраны психического здоровья, организаций медицинского обслуживания, а также групп первичной медицинской помощи и сестринского ухода.

Кроме информации об этих программах обучения, на сайте можно найти и другие важные сведения.

- Постоянно обновляемые *списки литературы/справочников* для специалистов в области психического здоровья.
- *Учебные материалы* (видео, DVD, сборники рабочих листов, книги, брошюры для клиентов).
- Свежие и старые номера *Cognitive Therapy Today*, информационного бюллетеня Института Бека, в котором содержатся статьи о различных аспектах когнитивной терапии, включая клиническую практику, теорию, исследования и обучение/наблюдение.
- *Список журналов*, в той или мной степени касающихся когнитивной терапии.
- Обзоры *результатов исследований* в когнитивной терапии.
- Информация о *тестах Бека* для взрослых и молодежи.
- *Гиперссылки* на другие организации когнитивной терапии.

Кроме того, сайт предлагает несколько функций для посетителей.

- *Справочная информация.*
- Список *специализированной литературы* по когнитивной терапии.
- *Статьи* из популярных СМИ.
- Загружаемый проспект *Questions and Answers about Cognitive Therapy* ("Вопросы и ответы о когнитивной терапии").

Контактная информация:

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
One Belmont Avenue, Suite 700
Bala Cynwyd, PA 19096
Phone: 610-664-3020
Fax: 610-664-4437
E-mail: `beckinst@gim.net`
Website: `www.beckinstitute.org`

Академия когнитивной терапии

Академия когнитивной терапии (Academy of Cognitive Therapy, www.academyofct.org) — еще одна некоммерческая организация, которая представляет собой ресурс как для клиентов, так и для профессионалов. Она была основана в 1999 году выдающимися клиницистами, педагогами и исследователями когнитивной терапии. Почетным президентом Академии является Аарон Т. Бек. Сайт Академии предлагает:

- Перечень программ обучения и контроля для специалистов в области психического здоровья.
- Описание программ для *аспирантов и интернов* по психологии, психиатрии, социальной работе и сестринскому уходу, в которых особое внимание уделяется когнитивной терапии.
- *Семинары* по когнитивной терапии.
- Информация и материалы для *обучения когнитивной терапии.*
- Основные и рекомендуемые *списки литературы.*
- *Инструментарий терапевтического оценивания* (такие как *Cognitive Therapy Rating Scale* ("Шкала оценки когнитивной терапии"), руководство и *Cognitive Case Write-Up*).
- Рефераты избранных *научных статей.*
- Свежие и старые бюллетени (*Advances in Cognitive Therapy*).
- *Гиперссылки* на другие организации когнитивной терапии.

Сайт Академии также содержит информацию для клиентов, в том числе:

- *Список когнитивных терапевтов* в разных странах мира.
- *Информационные бюллетени* по различным психическим расстройствам.
- *Материалы по самопомощи.*
- *Списки литературы.*

Контактная информация:

Academy of Cognitive Therapy
Phone: 610-664-1273
Fax: 610-664-5137
E-mail: info@academyofct.org
Website: www.academyofct.org

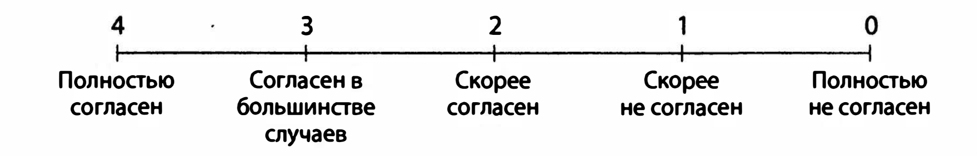


Опросник личностных убеждений[18]

За информацией по разработке, использовании и оцениванию Опросника личностных убеждений обратитесь на сайт www.beckinstitute.org.

Имя_______________________________________ Дата ____________

Пожалуйста, прочитайте приведенные ниже формулировки убеждений и укажите, *в какой степени вы разделяете каждое из них*. Старайтесь определить, насколько вы разделяете приведенные убеждения *большую часть времени*.



[18] Copyright 1995 by Aaron T. Beck, MD, and Judith S. Beck, PhD. Reprinted in Cognitive Therapy for Challenging Problems by Judith S. Beck (Guilford Press, 2005). Фотокопирование этого Приложения разрешается покупателю только для использования в личных целях.

Пример	Насколько я разделяю это убеждение				
1. Окружающий мир опасен	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
1. Я социально несостоятелен и социально нежелателен на работе и в социальных ситуациях	4	3	2	1	0
2. Другие люди потенциально критически настроены, равнодушны, могут унизить или отвергнуть	4	3	2	1	0
3. Я не выношу неприятные ощущения	4	3	2	1	0
4. Если я сближусь с человеком, он узнает, каков я на самом деле, и отвергнет меня	4	3	2	1	0
5. Невыносимо выглядеть в глазах других людей неполноценным или неадекватным	4	3	2	1	0
6. Я должен избегать неприятных ситуаций любой ценой	4	3	2	1	0
7. Если я чувствую или думаю что-то неприятное, я должен избавиться от этого или как-то отвлечься (например, подумать о чем-то другом, выпить, принять наркотик или посмотреть телевизор)	4	3	2	1	0
8. Мне следует избегать ситуаций, в которых я привлекаю внимание, или стараться быть как можно более незаметным	4	3	2	1	0
9. Неприятные ощущения нарастают и выходят из-под контроля	4	3	2	1	0
10. Те, кто меня критикуют, всегда правы	4	3	2	1	0
11. Лучше уж ничего не делать, чем пытаться делать то, что может кончиться неудачей	4	3	2	1	0
12. Если о проблеме не думать, то с ней ничего не надо делать	4	3	2	1	0
13. Любые признаки напряжения в отношениях показывают, что отношения испортились; следовательно, их надо заканчивать	4	3	2	1	0
14. Если я игнорирую проблему, она исчезнет сама собой	4	3	2	1	0
15. Я несчастен и слаб	4	3	2	1	0
16. Мне постоянно нужен кто-то рядом, чтобы помогать мне делать то, что я должен делать, или на случай, если произойдет что-то плохое	4	3	2	1	0
18. Если я остаюсь один, я совершенно беспомощен	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
19. Я обычно одинок — если только мне не удастся найти более сильного человека, на которого я мог бы опереться	4	3	2	1	0
20. Самое худшее, что может случиться, это быть покинутым	4	3	2	1	0
21. Если меня не полюбят, я навсегда останусь несчастным	4	3	2	1	0
22. Я не должен делать ничего, что могло бы обидеть моего помощника или сторонника	4	3	2	1	0
23. Я должен слушаться его, чтобы поддерживать его добрую волю	4	3	2	1	0
24. Я должен постоянно иметь к нему доступ	4	3	2	1	0
25. Я должен развивать как можно более близкие отношения	4	3	2	1	0
26. Я не могу принимать решения самостоятельно	4	3	2	1	0
27. Я не могу справляться с проблема, как другие люди	4	3	2	1	0
28. Мне нужны другие люди, которые помогали бы мне принимать решения или говорили бы мне, что делать	4	3	2	1	0
29. Я самодостаточен, но мне нужны другие люди, чтобы помочь мне достигать моих целей	4	3	2	1	0
30. Единственный способ сохранить самоуважение — это самоутверждаться косвенным образом (например, не выполняя точно инструкции)	4	3	2	1	0
31. Мне нравится быть привязанным к людям, но я не желаю платить за это подчинением	4	3	2	1	0
32. Власти, как правило, навязчивы, требовательны, вмешиваются во все и контролируют	4	3	2	1	0
33. Я должен сопротивляться господству властей, но в то же время поддерживать их одобрение и принятие	4	3	2	1	0
34. Быть под контролем или доминированием других недопустимо	4	3	2	1	0
35. Я должен все делать по-своему	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
36. Соблюдение сроков и требований, а также подчинение — прямой удар по моей гордости и самодостаточности	4	3	2	1	0
37. Если я буду следовать правилам, как от меня этого ожидают окружающие, это ограничит мою свободу действий	4	3	2	1	0
38. Лучше не выражать свой гнев напрямую, а выражать свое неудовольствие неподчинением	4	3	2	1	0
39. Я сам знаю, что для меня лучше, и другие люди не должны говорить мне, что делать	4	3	2	1	0
40. Правила — это тирания, они душат меня	4	3	2	1	0
41. Окружающие часто слишком требовательны	4	3	2	1	0
42. Если я считаю людей слишком властными, я имею право игнорировать их требования	4	3	2	1	0
43. Я несу полную ответственность за себя и других	4	3	2	1	0
44. Я должен полагаться на себя, чтобы все было сделано как надо	4	3	2	1	0
45. Другие люди, как правило, слишком небрежны, часто безответственны, эгоистичны и некомпетентны	4	3	2	1	0
46. Важно все делать идеально	4	3	2	1	0
47. Чтобы делать работу как следует, мне нужны порядок, система и правила	4	3	2	1	0
48. Если нет системы, все пойдет наперекосяк	4	3	2	1	0
49. Любой сбой или нарушение производственного процесса может привести к катастрофе	4	3	2	1	0
50. Нужно всегда придерживаться самых высоких стандартов, иначе ничего не получится	4	3	2	1	0
51. Мне нужно полностью контролировать свои эмоции	4	3	2	1	0
52. Люди должны все делать по-моему	4	3	2	1	0
53. Если я не буду делать все самым лучшим образом, меня ждет провал	4	3	2	1	0
54. Недостатки, просчеты и ошибки недопустимы	4	3	2	1	0
55. Детали крайне важны	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
56. Мой способ делать что-то является, как правило, самым лучшим	4	3	2	1	0
57. Мне нужно быть начеку	4	3	2	1	0
58. Сила и хитрость — лучший способ добиться чего-то	4	3	2	1	0
59. Мы живем в джунглях — выживает сильнейший	4	3	2	1	0
60. Люди будут использовать меня, если я не буду использовать их	4	3	2	1	0
61. Необязательно держать обещания и отдавать долги	4	3	2	1	0
62. Можно лгать и мошенничать — главное, не попадаться	4	3	2	1	0
63. Со мной обошлись несправедливо, и я имею право получить свою справедливую долю всеми возможными способами	4	3	2	1	0
64. Люди слабы и заслуживают, чтобы их использовали	4	3	2	1	0
65. Если я не буду командовать, другие будут командовать мной	4	3	2	1	0
66. Я имею право делать все, что сойдет с рук	4	3	2	1	0
67. Не имеет значения, что другие думают обо мне	4	3	2	1	0
68. Если я чего-то хочу, я должен сделать все, чтобы получить это	4	3	2	1	0
69. Мне все сойдет с рук, так что я не должен беспокоиться о плохих последствиях	4	3	2	1	0
70. Если люди не могут позаботиться о себе, это их проблемы	4	3	2	1	0
71. Я — исключительная личность	4	3	2	1	0
72. Поскольку я намного выше других, я имею право на особое обращение и привилегии	4	3	2	1	0
73. Я не обязан следовать правилам, которые применяются к другим людям	4	3	2	1	0
74. Очень важно получить признание, похвалу и восхищение	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
75. Если другие не уважают мой статус, они должны быть наказаны	4	3	2	1	0
76. Окружающие должны удовлетворять мои потребности	4	3	2	1	0
78. Это недопустимо, если я не получаю должного уважения или не получаю то, на что имею право	4	3	2	1	0
79. Другие люди не заслуживают восхищения или богатства, которое они получают	4	3	2	1	0
80. Никто не имеет права критиковать меня	4	3	2	1	0
81. Чужие потребности не должны мешать мне удовлетворять мои	4	3	2	1	0
82. Поскольку я очень талантлив, окружающие должны делать все, чтобы помогать мне делать карьеру	4	3	2	1	0
83. Меня понимают только люди такие же блестящие, как я	4	3	2	1	0
84. У меня есть все основания рассчитывать на многое	4	3	2	1	0
85. Я интересный, необычный человек	4	3	2	1	0
86. Чтобы быть счастливым, мне нужно, чтобы другие обращали на меня внимание	4	3	2	1	0
87. Если я не развлекаю людей и не произвожу впечатления, я пустое место	4	3	2	1	0
88. Если я не буду поддерживать интерес к себе, я не буду нравиться людям	4	3	2	1	0
89. Чтобы получить то, что я хочу, я должен производить впечатление или развлекать	4	3	2	1	0
90. Люди, которые не реагируют на меня положительно, отвратительны	4	3	2	1	0
91. Это ужасно, когда меня игнорируют	4	3	2	1	0
92. Я должен быть в центре внимания	4	3	2	1	0
93. Мне не нужно утруждать себя обдумыванием поступков — я могу положиться на свой "внутренний голос"	4	3	2	1	0
94. Если я буду развлекать людей, они не заметят моих слабостей	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
95. Я не выношу скуки	4	3	2	1	0
96. Если мне хочется что-то сделать, я должен пойти и сделать это	4	3	2	1	0
97. Люди обратят на меня внимание, только если я выйду за рамки	4	3	2	1	0
98. Чувства и интуиция гораздо важнее, чем рациональное мышление и планирование	4	3	2	1	0
99. Мне безразлично, что другие думают обо мне	4	3	2	1	0
100. Для меня важно оставаться свободным и независимым от других	4	3	2	1	0
101. Мне больше нравится делать что-то одному, чем с другими людьми	4	3	2	1	0
102. Во многих ситуациях мне лучше оставаться одному	4	3	2	1	0
103. Никто не может повлиять на меня, если я решил что-то сделать	4	3	2	1	0
104. Дружеские отношения с другими людьми не имеют для меня никакого значения	4	3	2	1	0
105. Я сам устанавливаю для себя стандарты и цели	4	3	2	1	0
106. Личная неприкосновенность гораздо важнее для меня, чем близкие отношения с людьми	4	3	2	1	0
107. Мне все равно, что думают другие	4	3	2	1	0
108. Я сам справляюсь со своими делами, без посторонней помощи	4	3	2	1	0
109. Лучше быть одному, чем “застрять” в отношения	4	3	2	1	0
110. Я не должен доверять другим	4	3	2	1	0
111. Я могу использовать других людей в своих целях, если только не буду участвовать в этом напрямую	4	3	2	1	0
112. Взаимоотношения создают беспорядок и ограничивают свободу	4	3	2	1	0
113. Я не могу доверять людям	4	3	2	1	0
114. У людей могут быть скрытые мотивы	4	3	2	1	0

1. Окружающий мир опасен	Насколько я разделяю это убеждение				
	Полностью согласен, 4	Согласен в большинстве случаев, 3	Скорее согласен, 2	Скорее не согласен, 1	Полностью не согласен, 0
115. Если я не буду начеку, другие могут попытаться использовать меня или манипулировать мной	4	3	2	1	0
116. Я должен быть всегда начеку	4	3	2	1	0
117. Опасно доверять другим людям	4	3	2	1	0
118. Если люди проявляют дружелюбие, они, вероятно, стараются использовать или эксплуатировать меня	4	3	2	1	0
119. Люди используют меня, стоит только мне предоставить им такую возможность	4	3	2	1	0
120. В большинстве случаев люди недружелюбны	4	3	2	1	0
121. Окружающие намеренно стараются унизить меня	4	3	2	1	0
122. Очень часто люди нарочно хотят разозлить меня	4	3	2	1	0
123. У меня будут серьезные неприятности, если я позволю другим думать, что они могут плохо обращаться со мной, и это сойдет им с рук	4	3	2	1	0
124. Если другие что-то узнают обо мне, они используют это против меня	4	3	2	1	0
125. Люди часто говорят одно, а подразумевают совсем другое	4	3	2	1	0
126. Близкий человек может оказаться неверным и вероломным	4	3	2	1	0

Список литературы

1. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text rev.). Washington, DC: Author.
3. Asaad, G. (1995). *Understanding mental disorders due to medical conditions or substance abuse: What every therapist should know.* New York: Brunner/Mazel.
4. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
5. Beck, A. T. (2003). Synopsis of the cognitive model of borderline personality disorder.
6. *Cognitive Therapy Today, 8*(2), 1–2.
7. Beck, A. T. & Beck, J. S. (1995). *The Personality Belief Questionnaire.* Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
8. Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminated personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 39*(10), 1213–1225.
9. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.
10. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
11. Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
12. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

13. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.

14. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861-865.

15. Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford Press. (Джудит Бек, *Когнитивная терапия: полное руководство*, пер. с англ., ИД "Вильямс", ISBN 978-5-8459-1053-0, 2007 г.)

16. Beck, J. S. (1997). Personality disorders: Cognitive approaches. In L. J. Dickstein, M. B. Riba, & J. M. Oldham (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 16*, (pp. 73–106). Washington DC: American Psychiatric Press.

17. Beck, J. S. (2001). Reviewing therapy notes. In H. G. Rosenthal (Ed.), *Favorite counseling and therapy homework assignments* (pp. 37–39). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

18. Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy worksheet packet (revised).* Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

19. Beck, J. S., Beck, A. T., & Jolly, J. (2001). *Manual for the Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

20. Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I., & Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry, 151*, 535–542.

21. Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder.* New York: Guilford Press.

22. Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* New York: Guilford Press

23. Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and Preventive Psychology, 2*(3), 131–139.

24. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. A. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.

25. DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469–482.

26. Edwards, D. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4*(1), 33–50.

27. Ellis, T. A., & Newman, C. F. (1996). *Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

28. Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments*

29. *that work* (2nd ed., pp. 367–386). London: Oxford University Press. Freeman, A., & Reinecke, M. (1993). *Cognitive therapy of suicidal behavior: A manual for treatment.* New York: Springer.

30. Frost, R. O., & Skeketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment.* Elmont, NY: Pergamon Press.

31. Greenberger, D. G., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood.* New York: Guilford Press.

32. Holmes, E. A., & Hackmann, A. (2004). *Mental imagery and memory in psychopathology.* Oxford, UK: Psychology Press.

33. Hopko, D. R., LeJuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*(5), 699–717.

34. Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder.* Boston: Allyn & Bacon.

35. Leahy, R. L. (1996). *Cognitive therapy: Basic principles and applications.* Northvale, NJ: Aronson.

36. Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy.* New York: Guilford Press.

37. Mahoney, M. (1991). *Human change processes.* New York: Basic Books.

38. McCullough, J. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy.* New York: Guilford Press.

39. McGinn, L. K., & Sanderson, W. C. (1999). *Treatment of obsessive-compulsive disorder.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

40. McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief.* Oakland: New Harbinger Publications.

41. Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence.* New York: Plenum Press.

42. Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.

43. Moore, R., & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression.* New York: Wiley.

44. Newman, C. F. (1991). Cognitive therapy and the facilitation of affect: Two case illustrations. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 5*(4), 305–316.

45. Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice, 1,* 47–69.

46. Newman, C. F. (1997). Maintaining professionalism in the face of emotional abuse from clients. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*(1), 1–29.

47. Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. In J. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95–122). Washington, DC: American Psychological Association.

48. Newman, C. F., & Ratto, C. (2003). Narcissistic personality disorder. In M. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan* (pp. 172–201). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

49. Newman, C. F., & Strauss, J. L. (2003). When clients are untruthful: Implications for the therapeutic alliance, case conceptualization, and intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 17*(3), 241–252.

50. Padesky, C. A. (1993). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter, 5/6,* 16–17.

51. Persons, J. B., Burns, B. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of drop-out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 557–575.

52. Pope, K. S., Sonne, J. L., & Horoyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training.* Washington, DC: American Psychological Association.

53. Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 36–105). New York: Guilford Press.

54. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* New York: Guilford Press.

55. Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Jr., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995).

56. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295–321.

57. Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma.* Northvale, NJ: Aronson.

58. Spring, J. A. (1996). *After the affair: Healing the pain and rebuilding trust when a partner has been unfaithful.* New York: Harper Perennial.

59. Thompson, A. (1990). *Guide to ethical practice in psychotherapy.* Oxford, UK: Wiley.

60. Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590–596.

61. Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practical manual and conceptual guide.* Chichester, UK: Wiley.

62. Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.* New York: Wiley.

63. Wright, J. H., & Basco, M. R. (2001). *Getting your life back: The complete guide to recovery from depression.* New York: Free Press

64. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.

65. Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

66. Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale: Rating manual.* Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy.

67. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.



Предметный указатель

М

Н

О

П

Р

С

Т

Центр Когнитивной Терапии

Центр Когнитивной Терапии (Москва) — первый специализированный центр по когнитивно-поведенческой терапии в России.

Сотрудники нашего Центра занимаются психологическим консультированием клиентов с тревожными расстройствами (паническое, генерализованное, социальное тревожные расстройства), ОКР, депрессией и другими психологическими проблемами, используя новейшие методы когнитивно-поведенческой терапии (схема-терапию, диалектико-поведенческую терапию, терапию принятием и ответственностью, метакогнитивную терапию).

Также Центр предлагает обучение когнитивно-поведенческой терапии для специалистов. Двухгодичная программа повышения квалификации и переподготовки по КБТ на данный момент является самой полной программой обучения КБТ в России и охватывает наибольшее количество клинических тем и нозологий. Семинары включают в себя лекционный материал, упражнения в малых группах, разбор клинических случаев, просмотр видеоматериалов. Это единственная программа, в которую включены регулярные демонстрационные сеансы с реальными клиентами, возможность прохождения стажировки и супервизии.

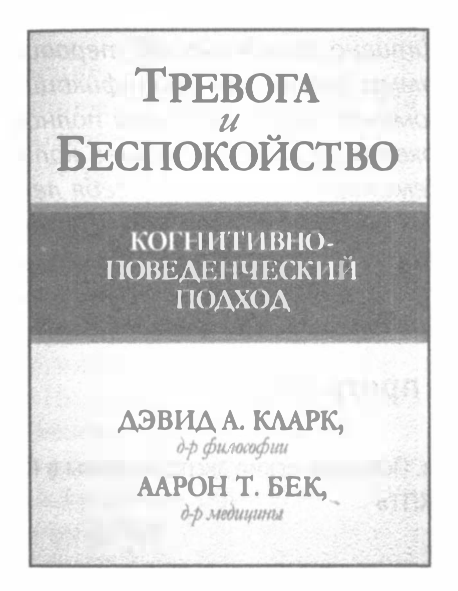
Основные модули программы

1. «Основы КПТ, концептуализация в КПТ»
2. «КПТ панического расстройства и агорафобии. Поведенческие эксперименты в КПТ»
3. «КПТ депрессии. Работа с руминациями в КПТ»
4. «Работа с убеждениями в КПТ»
5. «КПТ социальной тревожности. Терапевтические отношения в КПТ»
6. «КПТ обсессивно-компульсивного расстройства»
7. «Трудные случаи и ошибки в КПТ. Методы самопомощи для терапевта»
8. «КПТ генерализованного тревожного расстройства. Работа с образами в КБТ»
9. «КПТ расстройств личности, основы схема-терапии»
10. «КПТ зависимостей от психоактивных веществ. Мотивационное интервьюирование
11. «КПТ супружеских пар. Семейные интервенции в КПТ»
12. «КПТ лишнего веса и расстройств пищевого поведения»
13. «КПТ ПТСР»
14. «КПТ для детей и подростков»

Часть наших программ мы проводим в сотрудничестве с Московским государственным университетом им. М.В. Ломоносова (МГУ) и Рурским университетом (Бохум) — одним из лучших ВУЗов Германии. Наша программа соответствует образовательным стандартам Европейской ассоциации КБТ, и мы надеемся сделать ее аккредитованной программой EABC

ТРЕВОГА И БЕСПОКОЙСТВО
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Дэвид А. Кларк
Аарон Т. Бек



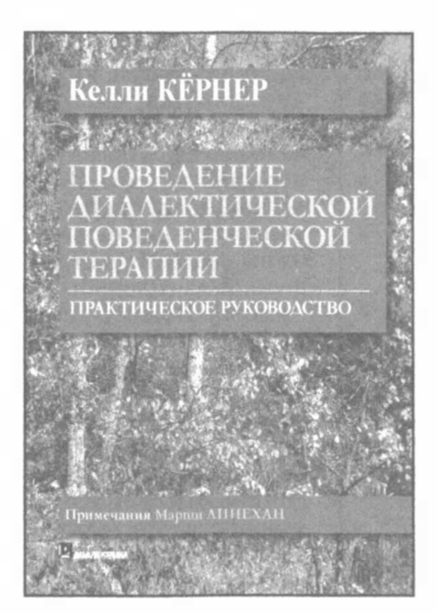
Книга *Когнитивно-поведенческий подход* , написанная признанными специалистами в области когнитивно-поведенческой терапии, — отличное пособие по самопомощи для всех, кто склонен к излишним переживаниям; также ее найдут несомненно полезной и профессиональные психологи, непосредственно работающие с клиентами.

www.dialektika.com

ISBN 978-5-907144-49-1 **в продаже**

ПРОВЕДЕНИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Келли КЁРНЕР



www.dialektika.com

Высококвалифицированный клиницист, супервизор и преподаватель диалектической поведенческой терапии (ДПТ), Келли Кёрнер прошла специальную подготовку по многим другим видам терапии с доказанной эффективностью, а также выполняла функции обучающего директора для проводившихся Маршей М. Линехан исследований эффективности ДПТ в отношении склонных к суициду и употребляющих наркотики ли с пограничным расстройством личности. В качестве креативно директора принимала участие в исследованиях компании Behavioral Tech, где занималась развитием дистанционного обучения и прочих методов с применением технических средств для распространения научно обоснованной клинической практики. Соучредитель и первый руководитель Behavioral Tech — компании, обучающей проведению ДПТ

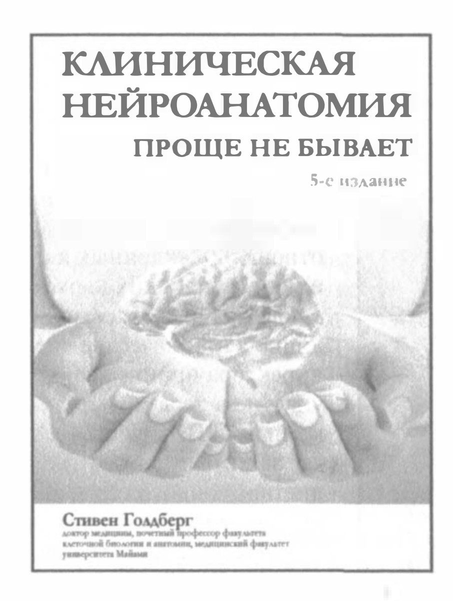
ISBN 978-5-6040723-9-4 **в продаже**

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕЙРОАНАТОМИЯ

ПРОЩЕ НЕ БЫВАЕТ

5-Е ИЗДАНИЕ

Стивен Голдберг



www.dialektika.com

Клиническая нейроанатомия — одновременно справочник и учебное пособие для студентов медицинских колледжей и вузов, практикующих врачей-неврологов, а также для врачей смежных специальностей, интересующихся наукой и устройством самой сложной структуры в человеческом организме — нервной системы. Здесь в лёгкой, доступной, весёлой и увлекательной форме изложены сведения о строении и функциях головного и спинного мозга. В книге представлена информация о клеточной организации нервной системы, анатомическом строении головного и спинного мозга, кровоснабжении структур нервной системы, циркуляции спинномозговой жидкости, устройстве зрительной системы, вегетативной нервной системы, функциях мозжечка, базальных ганглиев, таламуса. Отдельная глава посвящена коре головного мозга, механизмам её функционирования, возможным дисфункциям в случае её повреждения.

ISBN 978-5-907144-86-6 **в продаже**

